

Ist ADHS wirklich eine Krankheit?

Dieter Krowatschek

Die Symptomatik

Eine Woche vor den Sommerferien halte ich eine Sprechstunde in der Mittelpunktschule in W. ab. Zwei Kolleginnen aus der Grundschule betreten den Raum und legen mit vielsagender Miene ein Schreiben vor mich auf den Tisch. Es trägt die Überschrift: „Bescheinigung zur Vorlage in der Schule“. Die Bescheinigung kommt von einem Kinder- und Jugendpsychiater der nahegelegenen Kreisstadt. In dem Schreiben heißt es, dass bei dem Schüler M.K. ADS vorliege und dass die Schule dies doch bitte berücksichtigen solle. Beide Lehrerinnen berichten: „Die Mutter hat uns die Bescheinigung persönlich gebracht und dabei triumphierend betont, das von uns beklagte Verhalten von M. habe ausschließlich mit seiner Krankheit ADS zu tun und sie als Mutter könne daran überhaupt nichts ändern. Krank sei eben krank.“ Beide Lehrkräfte fragen sich: „Was für eine Krankheit ist ADS? Hat M. jetzt einen ‚Persilschein‘, der jedes Verhalten entschuldigt, weil er ja angeblich krank ist?“

Eltern und auch Lehrkräfte haben oft Schwierigkeiten, die einzelnen Begriffe zu verstehen und voneinander zu unterscheiden. Dies liegt vor allem daran, dass der Oberbegriff für das Problemverhalten ADS heißt.

ADS bedeutet: **Aufmerksamkeits-Defizit-Störung**.

Nun gibt es aber unter dem Oberbegriff **ADS** zwei Untergruppen:

- Die erste Gruppe bilden Kinder, denen man **ADS**, eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung zuordnet. Sie

sind vorwiegend aufmerksamkeitsgestört – aber nicht hyperaktiv. Sie haben Probleme mit der Konzentration, mit der Organisation ihrer Tätigkeiten und sind in der Regel unordentlich.

- Die zweite Gruppe setzt sich aus Kindern zusammen, die eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (**ADHS**) zeigen.

Die Verwirrung kommt also zustande, weil der Oberbegriff **ADS** lautet und eine Untergruppe die gleiche Bezeichnung führt.

Zusammenfassend kann man sagen:

- ✓ Als Oberbegriff benutzen viele Leute **ADS** und meinen damit entweder **ADS**- aber auch **ADHS**-Kinder.
- ✓ Bei den vorwiegend unaufmerksamen **ADS**-Kindern handelt sich in der Mehrzahl um Mädchen. Umgangssprachlich spricht man hier häufig von einer „stillen Form von **ADS**“.
- ✓ Bei den **ADHS**-Kindern finden sich vorwiegend Jungen, die auch aufmerksamkeitsgestört aber zusätzlich hyperaktiv sind.

Unaufmerksam, unruhig und unmöglich!

ADHS – **Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung**: Das problematische Verhalten von **ADHS**-Kindern zeigt drei Leitsymptome:

1. Unaufmerksamkeit
2. motorische Unruhe
3. Impulsivität

Unter diesen drei Begriffen werden Verhaltenweisen beschrieben, die nahezu jedes Kind gelegentlich praktiziert. **ADHS**-Kinder zeigen sie wesentlich häufiger, länger und ausgeprägter. Hier wird schon deutlich, wie schwierig es ist **ADHS** zu erkennen und zu diagnostizieren. Die Beurteilung, ob ein Kind der Gruppe der **ADHS**-Kinder zuzuordnen ist, hängt also auch sehr von dem Beurteiler ab.

Unaufmerksam

ADHS-Kinder haben Probleme aufmerksam zu sein, sich zu konzentrieren. In der Regel fällt es ihnen schwer:

- sich einer Aufgabe zuzuwenden,
- sie angemessen zu bearbeiten
- sie zu beenden.

Anzeichen für starke Unaufmerksamkeit in der Schule

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Hausaufgaben,● verliert oft Dinge,● kommt unvorbereitet und ohne Materialien zum Unterricht,● kann sich schlecht organisieren (unaufgeräumter Arbeitsplatz, unübersichtliche Notizen, schlecht geführtes Hausaufgabenheft etc.),● Macht keine | <ul style="list-style-type: none">● schwankendes Leistungsverhalten,● Schwierigkeiten beim Mit- und Abschreiben,● träumt oft, starrt vor sich hin und döst,● fragt nach einer klaren Anweisung ständig nach, was es tun soll,● arbeitet flüchtig und unselbständig, schlechte Leistungen in Tests und in Klassenarbeiten. |
|---|---|

Motorisch unruhig

ADHS-Kinder zeigen einen sehr ausgeprägten, oft aber unangemessenen Bewegungsdrang. Sie rennen herum, obwohl sie sich hinsetzen sollen. Sie können nicht solange sitzen wie andere Kinder in ihrem Alter. Sitzen sie endlich, zappeln sie, kippen mit dem Stuhl, fummeln an sich herum, rudern mit dem Armen, strampeln mit den Beinen oder boxen ihren Tischnachbarn. Insgesamt sind sie erheblich wilder als andere Kinder. Ein solches Verhalten nennt man hyperaktiv, also über die Maßen aktiv. Die jüngeren Kinder unter ihnen sind motorisch unruhiger. Je älter sie werden, umso mehr nimmt der Bewegungsdrang ab. Die Hyperaktivität bleibt aber ein Leben lang bestehen. Die äußerlich beobachtbare Zappeligkeit verwandelt sich dann in eine eher innere Unruhe.

mit Antworten heraus, wollen ständig beachtet werden und reden übermäßig viel.

ADHS – Ein Etikett?

ADHS gilt als die häufigste Störung bei Kindern und Jugendlichen. Drei bis fünfzehn Prozent der Kinder und Jugendlichen haben angeblich ADHS. Betroffen sind mehr Jungen als Mädchen. Auch hier gibt es unterschiedliche Zahlen. Manche Autoren sprechen von einem Verhältnis von 3 : 1. Auf drei Jungen kommt ein Mädchen. Aber es gibt auch Bücher, die ein Verhältnis von 9 : 1 angeben.

Mancher fragt, ob früher keine oder weniger ADHS-Kinder auffielen. Es muss sie auch früher gegeben haben, sonst hätte der Frankfurter Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann 1850 in dem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ den

Dies bedeutet **nicht**:

1. Das Kind ist schwer krank und sein Zustand ist nicht veränderbar.
2. Die Ursachen für diese Störung lassen sich zu hundert Prozent organisch erklären.
3. Ohne Medikamente kommt das Kind nicht klar.

Es bedeutet vielmehr, dass ein als problematisch empfundenenes Verhalten eines Kindes mit dem Etikett ADHS versehen wird.

Was sich in der Therapie bewährt hat

Alle ADHS-Kinder haben Probleme mit der Konzentration. Das ADHS-Kind, aber auch das träumende, trödelnde, vorwiegend unaufmerksame ADS-Kind.

Pädagogen schätzen die Häufigkeit des Auftretens von AD(H)S auf etwa neun Prozent aller Kinder. Damit sitzen in jeder Klasse mindestens ein, im Schnitt sogar zwei AD(H)S-Kinder.

Durch ihr unkonzentriertes Arbeiten geraten die Kinder häufig in einen Teufelskreis: Träumen, Trödeln und die Flüchtigkeitsfehler, die den Kindern Kritik einbringen, verschlimmern die bestehenden Probleme. Trainings wie das Marburger Konzentrationstraining helfen ihnen, Strategien für die Schul- oder Hausaufgaben-situation zu entwickeln.

Teufelskreis der Unaufmerksamkeit

Am Anfang einer sich langsam fortsetzenden Kette von Aktionen und Reaktionen steht ein unaufmerksamer oder impulsiver Arbeitsstil.

Jannik zum Beispiel sitzt träumend an seinen Hausaufgaben, er hat es nicht eilig. Hendrik wohnt nur einige Häuserblocks weiter. Auch er macht gerade Hausaufgaben, aber er arbeitet schnell und flüchtig. Er gibt sich keine Mühe, liest die Aufgabenstellung kaum und fängt vorschnell an.

Anzeichen für starke motorische Unruhe (Hyperaktivität) in der Schule

- verläßt oft seinen Platz,
- bei Stillarbeit: sitzt es „ungemütlich“, steht auf, kipzelt, trommelt, dreht sich mit dem Stuhl,
- kann nur schwer in der Reihe stehen,
- spielt mit Stiften, Radiergummi, Kleidung und anderen Gegenständen, kaut an ihnen,
- rennt, hüpf, geht nur selten.

Unmöglich (Impulsiv)

ADHS-Kinder folgen ihrem Impuls – also einer Idee, die ihnen gerade in den Sinn kommt. Sie handeln ohne nachzudenken. Sie können nicht warten, bis sie an der Reihe sind, platzen

Zappelphilipp nicht beschreiben können. Man sprach von sehr lebhaften Kindern oder vielleicht auch von verhaltensauffälligen. Heute erhalten sie die Bezeichnung ADHS.

ADHS ist wie ein Etikett.

Anzeichen von starker Impulsivität in der Schule

- redet in die Klasse,
- hat Schwierigkeiten, weil es handelt ohne nachzudenken,
- beginnt mit der Arbeit, ohne Anweisungen abzuwarten,
- arbeitet schnell, ist als Erster fertig – aber mit schlechtem Arbeitsergebnis,
- macht Flüchtigkeitsfehler,
- kontrolliert seine Arbeitsergebnisse ungern,
- sagt oft „Das weiß ich.“ und muss dann mehrmals nachfragen,
- lässt Arbeitsschritte fort,
- hat Probleme mit neuem Stoff,
- hat Schwierigkeiten lang dauernde Aufgaben zu planen und beenden.



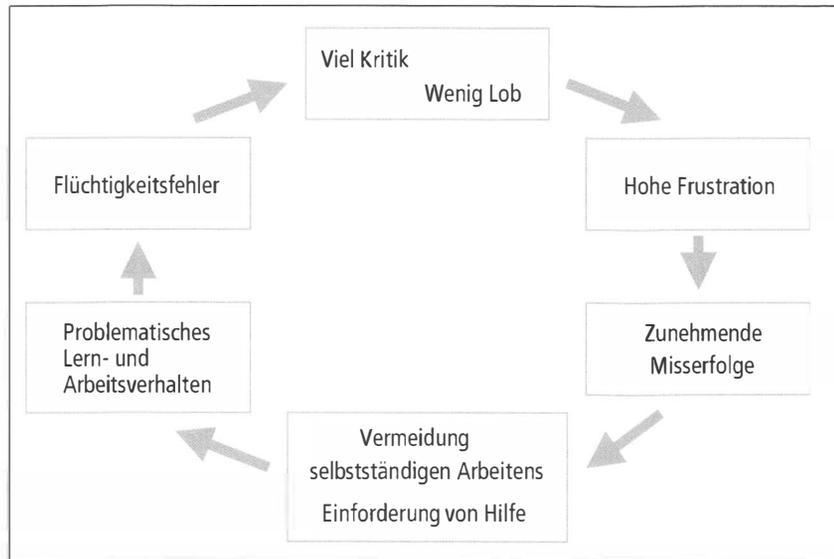
Das Marburger Konzentrationstraining wurde Mitte der 1990er Jahre im Rahmen mehrerer Diplomarbeiten am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg unter der Leitung des – inzwischen emeritierten – Professors für Entwicklungspsychologie Theodor EHLERS evaluiert und wissenschaftlich begleitet. Alle Arbeiten belegten, dass sich die Eltern-Kind-Interaktion durch den Einsatz des Trainings bei den Hausaufgaben verbesserte: Die Erwachsenen lobten ihre Kinder mehr, bestärkten sie und strafte weniger. Zudem berieten sie den Nachwuchs sachlicher und steuerten effektiver. Insgesamt verhielten sich die Eltern – auch aus der Sicht ihrer Kinder – verständnisvoller. Die Kleinen selbst gingen ebenfalls freundlicher und liebevoller mit Mama und Papa bei den Hausaufgaben um. Gleichzeitig steigerten sich ihre Leistungen und sie trauten sich mehr zu. Sie konnten die Aufgabenstellungen besser erläutern und arbeiteten vor allem selbstständiger. Auch ihr Sozialverhalten verbesserte sich und emotional bedingte Verhaltensprobleme nahmen ab. Zusätzlich filmten die Trainer insgesamt 800 Mütter und Väter mit ihren Kindern 30 Minuten lang beim Erledigen der Hausaufgaben – jeweils vor und nach dem Training. Eltern und Kind erhielten so eine ganz konkrete Rückmeldung über ihr Verhalten.

Grundgedanke des Konzentrationstrainings ist es, den Arbeitsstil eines Kindes zu verändern. Durch die Vermittlung von Denkstrategien kann das Kind lernen, seine Aufmerksamkeit besser zu steuern und zu strukturieren. Ein „reflexiver Arbeitsstil“ soll eingeübt werden.

Zielsetzungen

Dabei ergeben sich folgende Zielsetzungen:

1. Erhöhung der Selbststeuerung, der Selbstständigkeit und der Selbstakzeptanz des Kindes;



Bei beiden Kindern häufen sich die Flüchtigkeitsfehler, beide ernten viel Kritik. Im Laufe der Zeit sitzen sie immer frustrierter am Schreibtisch. Sie sind überzeugt, Aufgaben nicht fehlerfrei lösen zu können. Hendriks Mutter beschreibt das so: „Wenn ich mit Hendrik an einer Aufgabe sitze, die er nicht auf Anhieb versteht, fängt der Ärger an. Er schreit, schmeißt seinen Stift aus der Hand, manchmal fegt er auch den Schreibtisch frei. ‚Ich kann die Aufgaben sowieso nicht‘, ruft er dann.“

Sie vermeiden geistige Anstrengung und fordern Hilfe bei ihren Eltern ein. Im Laufe der Zeit werden sie immer unselbstständiger im Bearbeiten ihrer Schulaufgaben. Tatsächlich lässt sich bei vielen unkonzentrierten Kindern beobachten, dass schulische Aufgaben sie sehr schnell frustrieren. Sie geben auf.

In Bezug auf ihre eigenen schulischen Leistungen besitzen sie eine hohe Misserfolgs-erwartung. Durch zunehmend geringere Motivation und Unselbstständigkeit verschlechtert sich das Arbeitsverhalten. Es entstehen zusätzliche Fehler. Die Konzentrationsprobleme bleiben bestehen.

Erste Maßnahmen

Was kann man tun, um diesen Teufelskreis zu brechen? Zunächst schafft man zu Hause geeignete Arbeitsbedingungen für das Kind. Dazu gehören:

- ✓ ein ruhiger Ort, der ausschließlich für das Erledigen der Hausaufgaben vorgesehen ist
- ✓ ein Arbeitsplatz mit wenig Ablenkungsmöglichkeiten,
- ✓ dafür aber ausreichend Licht und Sauerstoff.
- ✓ Feste Hausaufgabenzeiten, z.B. immer nach dem Mittagessen.
- ✓ Regelmäßige Pausen. Sie ermöglichen dem Kind, neue Energie zu tanken, um sich dann wieder konzentriert der Aufgabenbearbeitung zuzuwenden.

Das Marburger Konzentrationstraining

Neben diesen klassischen Tipps gibt es auch systematische Konzentrationstrainings. Dabei wird das Marburger Konzentrationstraining in seinen drei Formen

- Marburger Konzentrationstraining für Kindergarten und Vorklasse
- Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder
- Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche

im ambulanten Bereich verwendet. Hier ist es das bekannteste Training und hat in vielen ergotherapeutischen Praxen, Erziehungsberatungsstellen und Schulen Einzug gefunden. Es wurde inzwischen bei weit über 10000 Kindern durchgeführt.

2. Verbesserung der Motivation durch erfolgreicherer Bearbeiten von Aufgaben und durch angemesseneres Umgehen mit Fehlern;
3. Veränderung der Eltern-Kind und Lehrer-Kind-Interaktion.

Einsatz in der Praxis

Das Training besteht aus zwei großen Bereichen: den Trainingsstunden für das Kind und der Elternarbeit.

Entspannung

Nach einem Spiel, das vor allem Spannungen abbauen soll und von daher besonders den sehr aktiven Kindern entgegenkommt, folgt eine Entspannungsübung. Es ist eine „Phantasiereise auf einem Zauberteppich“ mit Instruktionen aus der Grundstufe des autogenen Trainings.

Die Entspannungsübung gibt den Kindern die Möglichkeit, zur Ruhe zu

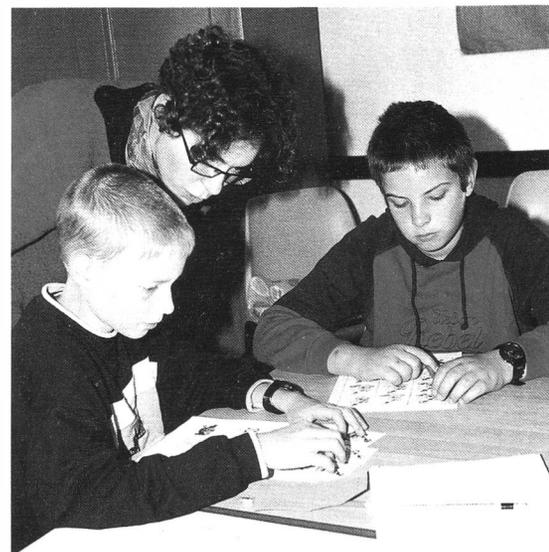
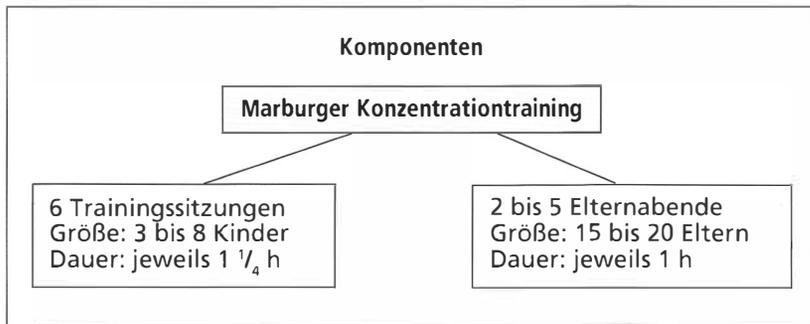


Abb. 1: Training: Die Methode des inneren Sprechens wird mit Hilfe von Papier- und Bleistiftübungen eingeübt.



Es sind sechs bis acht Trainingsstunden vorgesehen, wobei jeweils eine Trainingsstunde pro Woche stattfinden sollte. Je nach Anzahl der teilnehmenden Kinder dauert die Trainingsstunde zwischen 60 und 75 Minuten.

Verlauf einer Stunde

Der Ablauf der Trainingsstunden erfolgt stets nach dem gleichen Muster:

kommen und erhöht die Aufnahmebereitschaft für die nachfolgenden Arbeitsphasen. Die Entspannung dauert zehn Minuten. Sie erfolgt im Sitzen bei geschlossenen Augen.

Zunächst hatten alle Kinder große Schwierigkeiten, sich auf Entspannung einzulassen. Sie konnten die Augen nicht schließen. Die Extremitäten waren in Bewegung. Da aber die Ent-

spannungsübung mit Punkten belohnt wurde, die man später in kleine Preise eintauschen konnte, bemühten sich die Kinder zumindest ruhig zu sein. Schon ab der zweiten Trainingsstunde ließen sie sich besser auf Entspannung ein. In den letzten drei Sitzungen berichteten schon alle über Fantasiebilder. Sie saßen ruhig und hielten die Augen geschlossen.

In der Rückmeldung wiesen sie mehrfach darauf hin, dass sie es als besonders „schön“ empfanden, wenn die Entspannungsgeschichte einen kleinen Spannungsbogen enthielt. Eingebettete Verhaltensanweisungen – wie: „Konzentriert geht’s wie geschmiert“ – wurden wahrgenommen und ebenfalls gehalten.

	Dynamisches Spiel	z.B. Schattenboxen
	Entspannung	Zauberteppich
	Inneres Sprechen I	Papier und Bleistift
	KIM - Spiele	z.B. Rasselmatz
	Inneres Sprechen II	Kärtchen-Übung
	Freies Spiel	z.B. Tricky Golf

Ablauf der Trainingsstunden

Inneres Sprechen mit Belohnung

Die Methode der verbalen Selbstinstruktion wird mit ganz einfach strukturierten Übungen einübt. Die Aufgabenstellung ist kurz und leicht zu verstehen. Dabei wird das Kind darauf trainiert besonders auf den Aufgabenanfang in der Schule zu achten. Wenn es die Aufgabenstellung verstanden hat und sie auch laut und präzise sagen kann, ist es wenig wahrscheinlich, dass es die in der Schule gestellten Aufgaben nicht bewältigt. Bei dem Training



Abb. 2: Belohnung: Wer sich besonders anstrengt, erhält auch eine kleine Belohnung.

wird besonders gefördert, dass sich Kinder auch selbst loben. Nach dem Bearbeiten einer Aufgabe sagen sie: „Das habe ich aber gut gemacht!“ Dabei lernen sie zusätzlich Fehler zu akzeptieren und zu verbessern.

Neben der Arbeit mit Übungsblättern, neben Experimenten zur Förderung aller Sinnesorgane gibt es vor allem ein Belohnungssystem, das die Sekundärmotivation der Kinder besonders

erhöht. Jedes Kind erhält einen Punkteplan, auf dem es sich Punkte einzeichnet, die es dann gegen kleine Preise aus einer „goldenen“ Kiste eintauschen kann. Diese Kiste enthält als Anerkennung Dinge, die ein Kinderherz begehrt. Es sind in der Regel keine Bücher, sondern Artikel, die bei Erwachsenen unter Umständen nicht die gleiche Begeisterung wie bei Kindern auslösen.

Als ich eines meiner ersten Konzentrationstrainings durchführte, hatte ich das Glück, einen ganz besonders attraktiven Preis ausfindig. Vor mir saßen fünfzehn Jungen aus dem ersten Schuljahr, die alle nach einem Punkteplan trainierten. Ich erklärte genau, welche Preise es geben würde. Einen Preis hatte ich mir für den Schluss aufgehoben: eine Leckmaschine.

Eine Leckmaschine sieht aus, wie eine elektrische Zahnbürste. Sie ist batteriebetrieben. Statt der Zahnbürste ragt aus dem Gerät ein Lolli am Stiel heraus. Nun drückt man an der Leckmaschine einen Knopf, und der Lolli beginnt sich zu drehen, sodass man die-

ses nicht mit der Hand tun muss. Man hält vielmehr das Ende der Leckmaschine in den Mund, schaltet sie an und lässt den sich drehenden Lolli genüsslich über die Zunge gleiten. Ich demonstrierte die Leckmaschine in aller Ruhe, steckte sie in den Mund und schaltete sie an und aus.

Alle fünfzehn Jungen beobachteten mich gespannt und kommentierten begeistert wie aus einem Mund:

„Oh Gott, wie praktisch!“

Jede Stunde hat in der Regel zwei bis vier Arbeitsphasen. Übungsblätter und Bildvorlagen für die Arbeitsphasen sind in der Trainingsmappe vorgegeben. Die Übungsblätter sind so gestaltet, dass Kinder sie gern bearbeiten. Die einzelnen Arbeitsphasen werden dann von so genannten „Spielphasen“ abgelöst. Die Trainingsmaterialien sollen bei Kindern eine hohe Motivation auslösen – vor allem durch den Einsatz von Tokens.

Elternarbeit

Die Elternarbeit hat sich als besonders wichtig erwiesen. Während des Trainings führt man fünf Elternabende durch. Dabei geht es nicht darum, wichtige Erkenntnisse aus Pädagogik und Psychologie im Schnelldurchgang zu vermitteln. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass es völlig ausreicht, wenn die Eltern sich pro Elternabend mit einer Sache, einem Gedanken oder einer Erkenntnis auseinandersetzen. Bei fünf Elternabenden sind das fünf Problem-bereiche, über die Eltern nachdenken. Die Elternabende vermitteln zusätzlich die Erfahrung und den Trost, dass auch andere Eltern „Probleme“ mit ihren Kindern haben. Die Kritik der Schule – berechtigt oder nicht berechtigt – wird relativiert.

Die Mutter eines elfjährigen Jungen hat das einmal so beschrieben: „Wenn ich von einem Elterngespräch aus der Schule komme, habe ich den Eindruck, mein Kind ist ein Monster. Hier habe



Abb. 3: Gruppe: Ein Konzentrationstraining kann man auch mit älteren Kindern durchführen und bei zwei bis drei TrainerInnen eine Gruppe von 10 bis 12 Kindern trainieren.



Abb. 4-8: Spiele: Attraktive Spiele erhöhen nicht nur die Motivation, sie verlängern die Aufmerksamkeitsspanne, die Beobachtung und Merkfähigkeit und machen vor allem Spaß.

ich erfahren, dass ich ein Kind habe, ein Kind, das viel Positives hat.“

Auf den Elternabenden werden folgende Themenbereiche erörtert:

1. Einführung in Aufbau und Methode des Konzentrationstrainings,
2. Was ist Konzentration?
3. Besprechung des Hausaufgabenvideos (halbstündige Videoaufnahme der Hausaufgabensituation jeder Mutter mit ihrem Kind),
4. Hemmende und fördernde Faktoren von Konzentration,
5. Verstärker und Fördermaterialien.

Die Medikation

Auf Rat des Odysseus erbauten die Griechen ein riesiges hölzernes Pferd, in dem sich einige griechische Krieger versteckten. Die anderen segelten scheinbar nach Hause. Als die Trojaner ihre Stadt verließen, erzählte ihnen ein Grieche, der zurückgeblieben war, das Pferd sei ein Weihgeschenk für Athene. Die Trojaner glaubten der Lüge und zogen das Pferd in die Stadt, um ihren Sieg zu feiern. Nur die Seherin Cassandra warnte, doch niemand hörte auf sie, obwohl sie die Seherga-

be hatte, war sie von Apollo dazu verdammt, dass niemand ihren Weissagungen glaubte. In der Nacht verließen die Griechen das Pferd und öffneten für ihre Gefährten die Tore der Stadt und besiegten die Trojaner.

In der Diskussion um die Medikation für ADS-Kinder und Jugendliche hat man immer wieder das Gefühl, in die Situation der Cassandra zu geraten, wenn man eine zurückhaltende Position einnimmt. Die Medikation scheint in gewisser Weise mit dem „trojanischen Pferd“ vergleichbar und keiner



Abb. 9-10: Förderung der Wahrnehmung: Übungen zur Förderung der einzelnen Sinnesorgane, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses können attraktiv und spannend sein.

weiß heute genau, als was sich das Pferd einmal entpuppen wird.

Bevor ein Medikament verschrieben wird, sollen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sein.

Leider gibt es zu wenige Trainingsangebote für ADS-Kinder, sodass häufig sehr früh an Medikamente gedacht wird. Unter Medikation verbessert sich bei vielen Kindern die Konzentration tatsächlich. Sie hat von daher bei vorwiegend aufmerksamkeitsgestörten Kindern erheblich zugenommen.

Wir kennen inzwischen sogar eine Reihe von Fällen, in denen keine ADS in irgendeiner Form vorliegt. Hier haben sich die Eltern dennoch ein Psychopharmakon verschreiben lassen, um über die Konzentration auch die Leistungsfähigkeit ihres Kindes zu steigern. Meistens handelt es sich um Gymnasiasten. Beide Elternteile sind häufig Akademiker.

Verschiedene Medikamente – ähnliche Wirkung

Alle Medikamente zur Behandlung von ADS sind Psychopharmaka. Der größte Teil von ihnen fällt unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Sie wer-

den nicht frei verschrieben. Um diese Medikamente (z.B. Ritalin[®], Medikinet[®] oder Concerta[®]) zu erhalten, muss der behandelnde Arzt ein spezielles Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) ausstellen. Das bedeutet, sowohl Arzt als auch Apotheker sind verpflichtet über die verabreichten Mengen genau Buch zu führen. Ein Missbrauch soll dadurch verhindert werden.

Die unterschiedlichen Psychopharmaka unterscheiden sich im Wirkstoff, in der Wirkdauer, aber kaum in der Wirkung.

Den meisten Präparaten liegt als Wirkstoff das Methylphenidat zu Grunde. Es ist in folgenden Medikamenten enthalten: Ritalin[®], Medikinet[®], Concerta[®], Dexamin[®], Equasym[®] und Methylphenidat Hexal[®]. Andere enthalten Amphetaminsulfat (besonders ältere Präparate) oder andere Wirkstoffe (Pemulin bei Tradon[®] oder Atomoxetin bei Strattera[®]).

Während es bis vor einigen Jahren nur Medikamente gab, die ihre Wirkung für drei bis vier Stunden aufrechterhalten konnten, sind mittlerweile so genannte Depotpräparate erhältlich. Diese speichern den Wirkstoff und ge-

ben ihn langsam ab. Ihre Wirkung hält sechs bis acht Stunden an. Hierzu zählen: Concerta[®], Medikinet Retard[®], Ritalin SR[®] und Ritalin LA[®].

Das seit März 2005 erhältliche Medikament Strattera[®] stellt eine Besonderheit dar: Es wirkt ähnlich zu Ritalin[®], ist rezeptpflichtig, fällt aber nicht unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Eine detaillierte Buchführung entfällt somit. Derzeit ist es das Medikament mit der längsten Wirkdauer: Das Kind nimmt es zum Frühstück ein. Die Wirkung hält über den gesamten Tag an.

Das zu Grunde liegende Modell

Jeder Verabreichung eines Psychopharmakons liegen Überlegungen darüber zu Grunde, wie das Medikament im menschlichen Körper wirkt und warum es hilft. Das Zusammenspiel verschiedener Überlegungen führt dazu, von einem „Modell“ zu sprechen.

Die Benutzung der gängigsten Medikamente (von z.B. Ritalin[®], Medikinet[®] und Concerta[®]) basiert auf folgendem Modell:

Man vermutet, dass sich bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern die Weiter-

leitung von Informationen im Gehirn anders vollzieht als bei anderen Kindern.

Die Gültigkeit dieser Annahme ist bis heute nicht zweifelsfrei festgestellt. Selbst Befürworter der Medikation geben zu bedenken, dass zwar die meisten Forschungsergebnisse für die Richtigkeit des Modells sprechen, aber die Überlegungen trotzdem nur vorläufiger Natur sind. Sie räumen ein, dass die heutigen Vorstellungen wahrscheinlich „zu einfach, zu mechanisch und zu simpel sind“.

Kritiker bezeichnen die Dopaminmangel-Hypothese als veraltet. Es geht ihrer Meinung nach davon aus, dass sich das Gehirn, wenn es einmal ausgewachsen ist, nicht mehr verändert. Die Gehirnaktivität (z.B. am synaptischen Spalt) könne deshalb nur von außen beeinflusst werden – durch die Gabe von Medikamenten.

Eine Vielzahl moderner Befunde weist jedoch darauf hin, dass auch erzieherische, therapeutische und pädagogische Maßnahmen Einfluss auf die Hirnaktivität haben. Durch die Erfahrungen, die ein Kind sammelt, verändert sich das Gehirn in seiner Struktur. Es stellt sich auf die Umwelt des Kindes ein und reagiert auf die ihm gebotenen Anregungen.

Das spiegelt sich im Verhalten der Kinder wieder: Trainiert man mit einem Kind beispielsweise, planvoller mit den Hausaufgaben umzugehen und zuerst die Aufgabenstellung zu lesen, verändert sich das Verhalten auch ohne Medikation dauerhaft, vorausgesetzt, es wurde genügend häufig eingeübt.

Die Zeitschrift Science hat 2003 über mehrere Hefte hin unterschiedlichste Experten zum Einsatz und Nebenwirkungen von Psychopharmaka befragt.

Sie kam zu folgendem Ergebnis:

Psychopharmaka sind diejenigen Medikamente, die heute am häufigsten bei Kindern verschrieben werden, obwohl

man sich ihre Wirkungsweise bei Kindern nicht erschöpfend erklären kann und nicht genau weiß, welche Nebenwirkungen sie bei Langzeiteinnahme haben werden. Die Verkaufszahlen deuten darauf hin, dass zurzeit etwa zehn Millionen Kinder mit Methylphenidat behandelt werden. Der Großteil davon in den USA, gefolgt von Europa mit dem Hauptabsatzmarkt Deutschland. Es gibt allerdings auch Länder, in denen diese Psychopharmaka bei Kindern überhaupt nicht eingesetzt werden dürfen.

Nebenwirkungen

Neben den erwünschten Effekten zeigen Psychopharmaka eine Reihe von Nebenwirkungen, die bei der Entscheidung, ob ein Kind Medikamente erhalten soll, zu berücksichtigen sind – auch wenn immer wieder versichert wird, dass diese Medikamente nebenwirkungsarm sind. Folgende Nebenwirkungen lassen sich beobachten:

Essverhalten

Etwa vierzig Prozent der Kinder berichten, weniger Appetit zu haben. In einem Großteil der Fälle legt sich dies nach einigen Wochen. Es muss aber dringend beobachtet werden, vor allem dann, wenn das Kind sowieso schon untergewichtig ist.

Tics

Unter Tics versteht man unwillkürliche – besonders im Gesichtsbereich auftretende – Muskelzuckungen: beispielsweise ein nervöses Zwinkern mit dem Augenlid. Treten sie sehr häufig auf, können sie zu Ablehnung durch andere Kinder führen. Kinder mit Tics sind oft Opfer von massiven Hänseleien. Die betroffenen Kinder leiden selbst unter den Tics.

Blutbild

Einige Kinder zeigen Veränderungen des Blutbildes. Hier wird in der Regel von der Medikamentengabe abgeraten.

Stimmung

In Befragungen geben etwa sieben Prozent der Eltern an, ihr Kind leide aufgrund der Medikamentengabe unter schlechterer oder stark wechselnder Stimmung. Häufiger berichten Eltern, dass sich das Kind insgesamt ängstlicher verhalte.

Krämpfe und Epilepsie

Wissenschaftler sind sich nicht einig darüber, ob Psychopharmaka zu verstärkter Krampfneigung führen. Von daher gehört eine neurologische Untersuchung mit dem EEG zum Standard, wenn an Medikation gedacht ist.

Weitere Nebenwirkungen

In seltenen Fällen wurden Haarausfall und Hautausschläge beobachtet. Insgesamt kann die Medikation zu Wachstumsstörungen führen. Die Pubertät tritt später ein.

Keine Medikamente gibt man bei...

● **unklarer Diagnose.**

Eine Medikation sollte nur in Erwägung gezogen werden, wenn zweifelsfrei eine Aufmerksamkeitsstörung für die Probleme des Kindes verantwortlich ist.

Deuten sich andere Probleme als eigentliche Ursachen von Konzentrationsstörungen an, verschwendet man nicht nur therapeutisch wichtige Zeit, in der die tatsächlich verantwortlichen Probleme behandelt werden könnten, sondern setzt das Kind dem Risiko der Nebenwirkungen aus.

● **Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter.**

Das Gehirn von Kleinkindern befindet sich im Wachstum und noch in der Entwicklung. Die Auswirkungen von Psychopharmaka auf ein sich entwickelndes Gehirn sind weitgehend unbekannt. Insbesondere in

der Altersstufe unter sechs Jahre macht die Medikation wenig Sinn.

• anderen Erscheinungsbildern.

Bei anderen Erscheinungsbildern, wie Lernbehinderung, neurologischen Handicaps oder bei besonderen Ereignissen im Umfeld des Kindes, ist eine Medikation zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit sehr genau zu überprüfen.

Über den Autor

Dieter Krowatschek ist Kinder- und Jugendpsychologe. Seit Jahren führt er Trainings für ADS-Kinder durch und hat vie-

le Materialien und Elternratgeber entwickelt, um Kinder mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensproblemen zu fördern.

Literatur

Krowatschek, D., Krowatschek, G., Winger, G., Schmidt, C. (2007) Das Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche (MKT-J). verlag modernes lernen: Dortmund.

Krowatschek, D., Albrecht, S., Krowatschek, G. (2006) Das Marburger Konzentrationstraining für Kindergarten und Vorklasse. verlag modernes lernen: Dortmund.

Krowatschek, D. (2005) Das Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder. verlag modernes lernen: Dortmund.

Krowatschek, D. (2003) ADS und ADHS – Diagnose und Training. verlag modernes lernen: Dortmund.

Krowatschek, D., Hengst, U. (2006) Mit dem Zauberteppich unterwegs... Entspannung für Schule, Gruppen und Therapie für Kinder und Jugendliche. verlag modernes lernen: Dortmund.

Dieter Krowatschek
Wehrdaer Str. 86
35041 Marburg
www.krowatschek.de
krowatschek@t-online.de

Wenn die verletzte Kinderseele durch den Körper spricht

Die Autorin beleuchtet in ihrem Buch unter Verzicht auf die oft abschreckende Sprache der so genannten Experten das Entstehen und den Sinn von psychosomatischen Symptomen und Erkrankungen. Ihr Anspruch ist es, das diagnostische Vorgehen durchsichtig und die eingeleiteten Maßnahmen der Therapie nachvollziehbar zu machen.

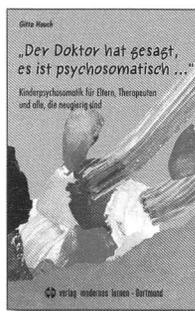
Relativ gesicherte Ergebnisse aus dem Feld der Entwicklungspsychologie, -biologie und der Hirnforschung stützen dabei die Aussagen des Buches. Gitta Hauch schafft es mit jeder Zeile ihres Buches, interessierte LeserInnen zu fesseln. Dabei spielen ganz unterschiedliche Aspekte eine Rolle. Auf der einen Seite sind es die vielen, vielen Beispiele, die die Inhalte so lebendig und nachvollziehbar machen (die Autorin legt Wert darauf zu erwähnen, dass alle Personen in diesem Buch *n i c h t* erfunden sind). Auf der anderen Seite ist die praxisverknüpfte Theorie außerordentlich gut und leicht lesbar dargestellt. Und schließlich ist es die personorientierte Art, in der die Autorin ihre Aussagen – fachkompetent und gleichzeitig selbstkritisch – zu Papier bringt.

Dieses Buch sollte eine Pflichtlektüre für alle (sozial-)pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Fachkräfte – ebenso für interessierte Eltern – sein. Es ist wegweisend in der zur Zeit immer noch nahezu völlig funktionalisierten Betrachtung psychosomatischer Irritationen bei Kindern und Jugendlichen.

◆ Gitta Hauch

„Der Doktor hat gesagt, es ist psychosomatisch ...“

Kinderpsychosomatik für Eltern, Therapeuten und alle, die neugierig sind
2004, verlag modernes lernen,
ISBN 978-3-8080-0581-1, Dortmund



Kinderleichte Lösungen ... gesucht und gefunden

Der Band vereint Beiträge führender lösungsorientierter Therapeuten mit dem Schwerpunkt ihrer Arbeit im Bereich Kinder und Jugendliche. Was ihn so reizvoll macht? Die Vielfalt und die Verknüpfung von Theorie und Praxis! Am Ende angefangen: Manfred Vogt-Hillmann, Wolfgang Eberling und Wolfgang Burr beschreiben noch einmal „Kinderleichte Lösungen – das Wie und Was der lösungsorientierten Kurzzeittherapie“. • „Ressourcen-focussierende Diagnostik – Schau mal was schon da ist!“ – ändert den Blickwinkel entscheidend und wirkungsvoll: Aus ALT (am Beispiel eines klassischen Fragebogens: Kind ist unruhig, übermäßig aktiv, überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich stark, sehr stark) wird NEU: Kind ist angemessen aktiv, kaum, wenig, viel, sehr viel.

Das Problem wird nicht verdrängt, aber es steht nicht im Mittelpunkt! • „Das ist ja Babyeierleicht“ benennt und operationalisiert wichtige lerntherapeutische Prinzipien wie Orientierung an Fähigkeiten, Bedürfnissen, Wecken von Neugierde, erreichbare Schritte gestalten. • „Ach, könnte ich doch zaubern – ein kleines bisschen nur.“ Zaubern als Medium für die pädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern. • Alles in Allem ein faszinierendes Praxisbuch – man möchte es sofort umsetzen!

◆ Manfred Vogt-Hillmann / Wolfgang Burr (Hrsg.)

Kinderleichte Lösungen

Lösungsorientierte Kreative Kindertherapie
5. Aufl. 2006, Verlag borgmann publishing,
ISBN 978-3-86145-209-6,
Dortmund

