

Vortrag
Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom ADS /
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ADHS –
Antworten auf wichtige Fragen zum Thema“

Peter B. Stimpfle, Psychotherapeut

„ADS/ADHS“ ist immer wieder ein beliebtes Thema, allerdings gibt es dazu sehr unterschiedliche Meinungen und Vorstellungen. Das Ziel des Vortrages besteht darin, Informationen zum Thema und Denkanstöße zu liefern. „Erstmals“ beschrieben ist das Phänomen zappeliger und unaufmerksamer Kinder schon 1845 und zwar von Dr. Heinrich Hoffmann, dem Autoren des „Struwwelpeter“: diese musste zum Weihnachtsfest 1944 feststellen, dass es damals keine Kinderbücher gab – und schrieb kurzerhand selbst eines. Dort finden sich neben einer Reihe ganz moderner (psychiatrischer) Diagnosen (wie Paulinchen = Pyromanie, Suppenkaspar = Bulimie und Anorexia nervosa, Daumenlutschen, ...) u. a. auch die beiden Geschichten vom „Zappelfilipp“ (ADHS) und vom „Hans Guck-in-die-Luft“ (ADS), frühe (aber erstaunlich genaue) Beschreibungen dieser Phänomene.

ADS (= Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) und ADHS (= Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) sind heute kinderpsychiatrische Diagnosen, die nach aktuellen internationalen Diagnoseschematas wie etwa dem ICD-X (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Ausgabe herausgegeben von der WHO - der Weltgesundheitsorganisation) gestellt werden. Dort sind die drei wesentlichen Diagnosekriterien aufgeführt, nämlich 1. Aufmerksamkeitsdefizit (geringe Konzentration, verträumt, ablenkbar, reizoffen, hastig, ...), 2. Impulsivität (mangelnde Selbststeuerung, überschießend, kaum gedacht – schon getan ...) und 3. Motorische (Hyper-) Überaktivität (ständig in Unruhe und Bewegung). Die Störung kann ohne Hyperaktivität auftreten, dann liegt „lediglich“ eine (sog. „einfache“) Aufmerksamkeitsstörung vor, ansonsten die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens. Kernkennzeichen ist, dass es diesen Kindern nicht gelingt, die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrecht zu erhalten bzw. dass die Filterfunktion der Aufmerksamkeit beeinträchtigt ist, so dass diese Kinder ständig durch einfachste Reize störbar sind (sie achten auf alles, was passiert und filtern nicht ausreichend).

Allgemein muss man dabei davon ausgehen, dass die Aufmerksamkeitsspanne (bei Kindern und Erwachsenen) doch deutlich niedriger ist, als man spontan annehmen möchte: so können Kinder zwischen 5-7 Jahren sich ca. 15 Minuten, 8 – 9jährige ca. 20 Minuten und 10 – 12jährige etwa 25 Minuten Konzentration aufbringen. Die Gefahr der Überforderung liegt daher auf der Hand. Die Diagnose ADS/ADHS gehört deshalb in die Hand erfahrener Ärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Weithin sei die Meinung vertreten es gebe eine Art ADS/ADHS-Test, mit dem man das Phänomen feststellen könne, was aber völlig unzutreffend ist. Vielmehr erfordert die Feststellung des Problems eine umfangreiche medizinische (neurologische, kinderpsychiatrische, ...) sowie psychologische Untersuchung (Intelligenz, Entwicklung, Konzentration, ...), ferner Verhaltensbeobachtungen und die Befragung von (außenstehenden) Beobachtern (Lehrer, Erzieher, Therapeuten, ...).

Was die Ursachen betrifft so geht man davon aus, dass verschiedene Bedingungsfaktoren in ihrer (individuellen) Kombination dazu beitragen, dass das Phänomen auftritt. Das Kernproblem besteht, so wird angenommen, in der sog. MCD-Problematik, einer minimalen Schädigung des kindlichen Gehirns – meist beim Geburtsvorgang in Form von Sauerstoffmangel. Auch genetische Faktoren (Vererbung) können die Problematik bedingen. Schließlich können emotionale Faktoren eine solche Grundproblematik verstärken, ebenso

allergische Faktoren. Die minimale Hirnschädigung führt beim Kind in (geistigen) Leistungssituationen zu Leistungsabfällen (wenn die Konzentration abfällt), was Kind – und Umfeld (Eltern, Lehrer, ...) frustriert und verunsichert und u. U. auch zu Ablehnung und Aggression führt und in Form eines Teufelskreislaufes sich gegenseitig verstärkt, wobei Wutausbrüche, reduziertes Selbstwertgefühl, sowie Gefühle von Verunsicherung hinzukommen. Gerade unter Angst, Wut oder Aggression ist es aber – schon rein körperlich – unmöglich, zu lernen, denn die vom Körper produzierten Stresshormone blockieren Gedächtnis und Lernvermögen (mit einer „Stinkwut“ Hausaufgaben zu machen ist daher auch wenig effektiv ...). Natürlich können auch andere Faktoren wie etwa das emotionale Klima in einer Familie oder der Schule, die Klarheit und Angemessenheit von Regeln oder Art und Umfang des Fernseh- bzw. Medienkonsum zu einer Verschärfung der Problematik beitragen. Es ist daher in der Behandlung zunächst einmal nötig, solche Teufelskreisläufe zu erkennen und dann zu unterbrechen.

Es gibt verschiedene mögliche Behandlungsformen, wobei aufgrund der großen individuellen Unterschiede der Problematik unterschiedliche Behandlungsformen sinnvoll sind. Möglich sind: 1. sog. „funktionale Therapien“ (wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik), 2. Methoden der Verhaltenstherapie (angemessene Regeln, Klarheit von Grenzen, Belohnungssysteme, Selbststeuerung, ...), 3. Erziehungsberatung (Elternberatung), 4. Psychotherapie (Behandlung zugrunde liegender Wut und Aggression), 5. Medikation mit Phenylpenidat (Ritalin, AN1, Concerta, ...). Die medikamentöse Behandlung erfordert eine verantwortliche Entscheidung seitens der Eltern und muss sehr konsequent durchgeführt werden.

„Tipps“ für betroffene Eltern können sein: 1. Tun Sie etwas für sich selbst (auch Autos fahren nur weiter, wenn sie ab und zu betankt werden), 2. Es ist wenig hilfreich perfekt sein zu wollen (realistische Ziele in der Erziehung setzen), 3. Wichtig sei die positive Beziehung zum Kind zu stärken (um Angst und Wut entgegenzuwirken), 4. sehr wirksam und hilfreich sei Loben (für angemessenes Verhalten), 5. Erstellen von (wenigen, aber) klaren Regeln und Einforderung von Konsequenz wenn diese überschritten werden.

Peter B. Stimpfle, Dipl.-Psych., Dipl.-Soz.-Päd. (FH), Psychologischer Psychotherapeut,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Eichstätt, Sybille.Peter@t-online.de, Tel.
08421/908286, Fax: 08421/9003747.