

Die Kinder-Seele in Not

ADS und andere „Ver-Störungen“

Verhaltensauffälligkeiten des Kinder- und Jugendalters

Dr.med. Thomas Bonath

Dezember 2008

Immer mehr Kinder und Jugendliche scheinen mit den Anforderungen des Alltags, insbesondere des schulischen, nicht mehr zurecht zu kommen und reagieren mit Ruhelosigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Alleine zwischen der ersten und der vierten Klasse der Grundschule **verdreifacht** sich der Anteil an behandlungspflichtigen psychischen Störungen. In mehreren Beiträgen werden die wichtigsten vorgestellt.



Unser Buchtipp zu diesem Thema

Teil 1: Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ADS

ADS – Erscheinungsformen

ADS wird mittlerweile als häufigste psychische Störung des Kinder- und Jugendalters diagnostiziert. Betroffene Kinder haben massive Probleme sich zu konzentrieren, vor allem bei Aufgaben, die außerhalb des selbst gewählten Interessenbereichs liegen.

Sie haben Schwierigkeiten, eingehende Informationen nach ihrer Bedeutung zu gewichten. So ist der Gesang der Amsel vor dem Fenster oder das Knistern des Butterbrotapiers des Klassenkameraden drei Bänke weiter hinten genauso wichtig, wie die Erläuterungen der Klassenlehrerin zu den Matheaufgaben. Aufgrund der verminderten Impulskontrolle ecken diese Kinder überall an, da sie oft sofort handeln – und dann „eventuell“ denken.

Ihr Verhalten wird dann als ungezogen, aggressiv oder provozierend missverstanden. Das häufigste Fremdurteil über ADS-Kinder lautet also: „kann sich nicht konzentrieren – ist sofort ablenkbar – ist unbeherrscht.“ Diese Einschätzung ist aber von der Sichtweise des Betrachters abhängig, eine etwas „gelassener Natur“ urteilt vielleicht über das gleiche Kind „ist offen – flexibel – spontan“, also Eigenschaften, die bei Kindern ja durchaus willkommen sein sollten.

Bei anderen Kindern ist die Unruhe gar nicht von außen sichtbar, sie schweben scheinbar ganz entspannt im Irgendwo, unberührt von der jeweiligen Aufgabenstellung träumen sie vor sich hin, kommen bei Ansprache scheinbar nur widerwillig mit einem erstaunten „Was ist? – Ääh...“ zurück. Dieser Zustand ist aber alles andere als angenehm, da die Kinder dadurch ihre Aufgaben nicht erfüllen können – und immer mehr verzweifeln.

ADS – eine klare Diagnose?

Erstaunlicherweise wird nun bei so entgegen gesetzten Verhaltensweisen trotzdem die gleiche Diagnose „ADS“ gestellt. Erklärt wird dies dadurch, dass man für beide Störungen die gleiche Ursache vermutet – eine „Störung der Aufmerksamkeit“. So wird der Eindruck erweckt, als ob es sich bei dem Begriff „Aufmerksamkeit“ um etwas genau Definiertes, Eindeutiges handelt.

Ist das wirklich so? Meine „Aufmerksamkeit“ z.B. ist sehr groß, wenn ich ein Fachbuch oder einen spannenden Krimi lese, muss ich allerdings die Steuererklärung bearbeiten – oh je, zumindest dann habe ich ein ausgeprägtes „Teilzeit-ADS“. Wie ist es bei Ihnen?

Warum erwarten wir dann von unseren Kindern, dass sie für Textaufgaben, zusammengesetzte Adjektive, die Groß- und Kleinschreibregeln (oder ein Mörkegedicht, dessen Sprache Kindern genauso nah ist, wie mir die Lyrik vom Steuergesetz x, Paragraph y, Absatz z), dass sie dafür die gleiche Aufmerksamkeit von sich aus aufbringen wie für Gameboy, Lego oder andere Hobbies? Und tun wir genug, um ihnen die Lerninhalte und ihre Wichtigkeit richtig zu vermitteln?

Als Arzt, der einen Schwerpunkt auf die Behandlung verhaltensauffälliger Kinder legt, bin ich in einer merkwürdigen Situation. Musste ich in früheren Jahren noch Eltern, Lehrer und Patienten über die bloße Existenz von ADS aufklären, warne ich heute teilweise davor, diese Diagnose zu oft und zu schnell zu stellen: **„Nicht jeder, der zappelt oder träumt, hat ADS!“**

Die „zu großzügig“ gestellte Diagnose kann nämlich weit reichende Folgen haben, von der Stigmatisierung der Kinder durch Unkenntnis im sozialen Umfeld („wenn das Kind doch „geistig behindert“ ist – ja, dann muss es halt auf eine andere Schule“) bis zum massiven Druck, endlich eine Behandlung mit

Psychopharmaka einzuleiten („seit der Franz Ritalin nimmt, ist er viel ruhiger in der Schule – machen Sie das doch bei Ihrem Kind auch so“).

Eine „Inflation“ der Diagnose würde aber auch bedeuten, dass die Störung wieder wie früher aus Unverständnis bagatellisiert wird – „So, so – Ihr Kind hat ADS, nun, das haben die meisten hier“ – und weiterhin auf die Besonderheiten, Bedürfnisse und Nöte der wirklich Betroffenen nicht eingegangen wird. Dies ist umso fataler in einer gesellschaftlichen Situation, in der in der Schule die Leistungshürden durch politischen Willen immer höher gehängt werden – ohne Lehrern, Schülern und Eltern die Fördermaßnahmen zu bieten, um sich den gestiegenen Anforderungen anpassen zu können. Viele eigentlich intelligente Kinder fallen dann durchs Raster.

ADS – keine Schweregrade? Ist ADS gleich ADS?

Derzeit gibt es keine Einteilung des Störungsbildes nach Ausprägungsgrad. Sie wäre sehr wichtig, um einen Stufenplan für die Behandlung zu entwickeln – ist aber schwierig. Der Ausprägungsgrad ist nämlich stark abhängig von den äußeren Umständen, er ist nicht gleichbleibend. Das heißt, je mehr gefühlsmäßigem Stress ein Kind ausgesetzt ist, desto stärker werden die Krankheitszeichen.

Häufig wird bei der Diagnosestellung mit einer Psychopharmaka-Behandlung als Grundbehandlung begonnen, obwohl andere Maßnahmen vielleicht ausreichen. Eine solche Behandlung ist aber nur symptomreduzierend, so wie ein Fieberzäpfchen bei Fieber die Temperatur senkt, nicht aber die Ursache heilt. Es stellt sich dabei die Frage, ob ohne weitere therapeutische Maßnahmen wirklich der Betroffene lernt, irgendwann - auch ohne Pille - mit sich und seiner Umwelt klar zu kommen.

Die Symptome von ADS können teilweise auch durch andere psychische Störungen hervorgerufen werden, wie Angst, Depression oder oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens. Eine genaue Unterscheidung ist hier wichtig. Auch äußere Faktoren wie Mobbing oder Überforderung rufen Unruhe und Unkonzentriertheit hervor. Häufig werden die genannten anderen Störungen zusätzlich als Reaktion bei ADS hervorgerufen. Die Kinder merken ihr Anderssein, nehmen die Reaktionen der Umwelt wahr und werden ängstlich, traurig, aufsässig.

ADS – Therapie

Wichtig ist, dass die Behandlung auf jedes Kind und seine Probleme individuell zugeschnitten wird. Zu den Bausteinen gehören z.B. **Ergotherapie**, **Heilpädagogik** oder **Psychomotologie**.

Bestehende Teilleistungsstörungen wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche müssen spezifisch behandelt werden.

Wichtig ist auch ein **Eltern-Training**, da wir Eltern häufig einem Wechselbad aus Wut, Trauer und Schuldgefühlen beim Umgang mit den Kindern ausgesetzt sind. „Triple-P“ z.B. kann hier Ursachen für Problemverhalten verdeutlichen und positive Strategien vermitteln, die den Alltag deutlich „friedlicher“ machen.

Bei der **medikamentösen Behandlung** können vor, neben oder ggf. an Stelle der Psychopharmaka auch **homöopathische Arzneimittel** eingesetzt werden, mit dem Ziel, Anwendungsdauer und Menge der Psychopharmaka zu reduzieren, bzw. zu vermeiden.

Für weitere Informationen und Service-Links:

Dr. med. Thomas Bonath

Rheinstrasse 41

76185 Karlsruhe

Tel: 0721/ 5312370

www.praxis-Thomas-Bonath.de

