

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit/ohne Hyperaktivität und Komorbiditäten

Gabriele Becker

Kinder und Jugendlichen Psychotherapeutin in Delitzsch

Seit die Pharmaindustrie herausgefunden hat, dass mit AD(H)S Geld zu verdienen ist, ist das Phänomen, das vorher als MCD (minimale cerebrale Dysfunktion) oder ähnlichem gehandelt worden ist, ein in das öffentliche Bewusstsein eingedrungenes Krankheitsbild. Allerdings ist dieses Phänomen längst beschrieben und Remissionen entdeckt worden, die den Kindern eine gefährliche Medikation ersparen. Hier wird dieses Phänomen beschrieben und sachlich eingeordnet.

Since the pharma industry has discovered that money can be earned with ADS, the phenomenon, which previously has been known as MCD (Minimal Cerebral Dysfunction) or similar terms, has entered public attention as a disease. However, this phenomenon has long ago been described and its remission has been observed. And this remission needs no dangerous medication. ADS will be described and factually brought in its context.

Keywords: ADS, ADHS, Neurologie, Gehirnphysiologie

(ADS, Neurology, Physiology of the brain)

- 1.) AD(H)S - was verbirgt sich hinter dieser Diagnose - Krankheit oder Reaktion auf Erziehungsmängel und gesellschaftlichen Wandel?**
- 2.) Ursachen, Symptome und Auswirkungen der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern**
- 3.) Erfahrungen aus der Spieltherapie mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern und der aufdeckenden Zusammenarbeit mit den betroffenen Eltern und Familien**
- 4.) Kurze Darstellung meiner Erfahrungen mit den Auswirkungen medikamentöser Therapien bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern**

Zu 1) AD(H)S - was verbirgt sich hinter dieser Diagnose - Krankheit oder Reaktion auf Erziehungsmängel und gesellschaftlichen Wandel?

Was verbirgt sich hinter dem „Phänomen“ Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität?

Schon 1845 beschrieb der Frankfurter Nervenarzt Heinrich Hoffmann in seinem Kinderbuch: „Struwwelpeter“ ein unruhiges, zappeliges, tollpatschiges Kind, das auch heute noch als „Sinnbild“ („Zappelphilipp“) für einen Symptomkomplex verwendet wird, der immer wieder neue Namen und Diagnosen erhält und über dessen Ursachen nach wie vor in der Fachwelt gestritten wird, wie auch über die Möglichkeiten der Behandlung. 1902 druckte die britische Ärztezeitschrift „Lancet“ den Aufsatz eines Arztes ab, der über Kin-

der mit „behinderter Willenskraft“ und „merklichem Unvermögen, sich zu konzentrieren“ berichtete. 1937 beschrieb das Forscherpaar Bradley die Symptomatik hyperaktiver Kinder als „Unruhesyndrom“, das, mit Stimulantien-Präparaten behandelt, gute Therapieerfolge gezeitigt haben soll. Seit-her finden sich für den immer wieder gleichen Symptomenkomplex ständig wechselnde Diagnosen wie MCD (minimale cerebrale Dysfunktion), POS (Psycho-Organisches-Syndrom) oder HKS (Hyperkinetisches-Syndrom). 1987 erfand der amerikanische Psychiatrieverband dann das bis heute gängige Kürzel AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität). Diese Diagnose ist nun auch im ICD 10 als Störung von Krankheitswert unter den Ziffern F90.ff erfasst und damit als psychische Störung im Kindesalter belegt.

Doch wie es dazu kommt, dass Kinder sich zappelig, unkonzentriert, aggressiv, tollpatschig, unkoordiniert, wahrnehmungsgestört und grenzenlos verhalten, ist bis heute ein vielfach diskutiertes, umstrittenes Thema unter Ärzten, Psychologen, Neurologen und Biologen. Dabei ist für mich auffallend in der Diskussion, dass viel mehr Forschungsgelder und Forschungsaufträge für die medizinische Aufklärung des „Ursachenrätsels“ ausgegeben werden, wie auch für deren Behandlung, als für die Erforschung soziogener (umweltbedingter) und noch näher liegend, für die Aufdeckung erzieherischer Ursachen derartiger Fehlverhaltensweisen bei Kindern. Ganz offensichtlich, und dabei spreche ich auch aus meinen Erfahrungen aus fast 10jähriger Praxistätigkeit mit sogenannten „aufmerksamkeitssgestörten Kindern“, scheint es erwünscht zu sein für betroffene Eltern, wie auch für die Gesellschaft, wenn eine organische Erkrankung als Ursache für die beschriebenen Störungen angenommen werden kann, da dann eine Eigenbeteiligung ausgeschlossen und damit Änderungen des eigenen Verhaltens nicht zur Diskussion stehen müssen. Dennoch bleibt es kaum verborgen, dass es immer mehr Kinder gibt, die die Diagnose AD(H)S erhalten und diese Störung auch immer früher diagnostiziert wird. Handelt es sich also doch um eine „Zivilisationserkrankung“ die genetisch vererbt wird? Oder eine Stoffwechselerkrankung im Gehirn, die vielleicht durch einen noch unbekannten Virus ausgelöst wird, oder, oder, oder...? Bestimmt gibt es da noch viel zu forschen und solange werden die meisten betroffenen Kinder medizinisch versorgt (Ritalin, Captagon, Medikinet u.a.) und die Eltern vertröstet, ohne ihnen einen verstehbaren Zugang zu den Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes zu ermöglichen, wie auch zu ihrer Eigenbeteiligung. Eine erst kürzlich im „Spiegel“ veröffentlichte Statistik zur Gabe von Psychostimulantien bei AD(H)S mag dies verdeutlichen: 1999 setzte die Pharmaindustrie in Deutschland sechsmal soviel Ritalin - 8,4 Millionen Tagesdosen - ab wie 1995 und steigerte den Ritalin-Umsatz damit von 1,2 auf 12,8 Millionen Euro. Mittlererweile steht Ritalin auf Platz sechs der Liste der meistverkauften Psychopharmaka und das ungeachtet der immer deutlicher werdenden Kritik in bezug auf Nebenwirkungen und Langzeitfolgen für die körperliche wie auch psychische Entwicklung der Betroffenen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene).

So wird für mich nicht zuletzt am Beispiel des steigenden Einsatzes von Psychopharmaka im Kindesalter deutlich, dass hinter der bedenkenlos wirkenden Verordnungspraxis (Crash-Kurse für Ärzt/e/innen zur Dosierung von Ritalin bei AD(H)S, im Besonderen durch die entsprechenden Pharma-Unternehmen gesponsert) ganz offensichtlich auch ein gesellschaftliches Phänomen wiederzufinden ist: Lieber für jedes Symptom ein rasch wirkendes „Medikamenten-Pflaster“, als die „Last“ der Auseinandersetzungen mit den Ef-

fekten zunehmender Kommunikationsstörungen und immer mehr menschenverachtender Regulierungsmechanismen. Dem Ansatz folgend, dass jedes Verhalten, bewusst oder unbewusst gesteuert, Auswirkungen auf unseren Gesamtorganismus hat und diesen bei Heilungsprozessen unterstützen oder eben auch „kränken“ kann, wird deutlich, dass die Gabe von Psychopharmaka oft nichts anderes bewirkt als eine rasche „Wiedereinpassung“, um wieder funktionsfähig zu werden, ohne Rücksicht auf Risiken und Verluste. Dabei scheint mir der Verlust des „gesunden Menschenverstandes“ bei der bedenkenlosen Verordnung von „Wiedereinpassungs-Drogen“ die größte Gefahr darzustellen. So geben uns doch gerade unsere Körpersymptome Informationen darüber, womit wir Schwierigkeiten haben, was uns blockiert, wogegen wir unbewusst rebellieren oder wodurch wir uns zu schützen suchen, und womit wir uns eben auch schädigen. Zur Orientierung, vielleicht auch eher Desorientierung, möchte ich an dieser Stelle kurz einige der bisherigen gängigen Forschungsergebnisse in Bezug auf mögliche Ursachen für die Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern darstellen:

Neurobiologische Erkenntnisse:

1957 sprach *Lauffer* von einer Filterschwäche im Stammhirn, im Sinne einer übermäßigen Reizaufnahme.

1968 wurde in Amerika von der „hyperkinetischen Reaktion im Kindesalter“ gesprochen, für die *Paul Wender* 1970 als Ursache eine verminderte Aktivierung im „Belohnungssystem“ des Gehirns annahm. Durch eine verminderte Stoffwechselaktivität in den dafür verantwortlichen Gehirnarealen seien die Kinder nicht in der Lage, erzieherische Einwirkungen wie Belohnung oder Strafe umsetzen zu können.

In den 70er Jahren folgten in Amerika unterschiedliche Forschungsansätze der Annahme, dass auf Stammhirnebene Reize insgesamt mangelhaft ausgefiltert würden, bedingt durch einen Mangel an bestimmten Nervenregerüberträger-substanzen (Dopamin, Noradrenalin u.a.), mit der Auswirkung, dass wichtige und unwichtige Reize gleichermaßen das Individuum mit Informationen überfluten.

1977 prägte *Berger* in Amerika den Begriff MCD (minimale cerebrale Dysfunktion), der auch in Deutschland übernommen wurde. Dabei wurde von einer geringfügigen Hirnfunktionsstörung ausgegangen, die auch im EEG nachweisbar sein sollte.

1984 beschrieb *Virginia Douglas*, dass hyperaktive Kinder offensichtlich zu wenig Daueraufmerksamkeit und Anstrengungsbereitschaft in anfordernde Aufgabenstellungen investieren. Sie seien nicht in der Lage, Impulse zu hemmen und müßten sofort auf das reagieren, was ihnen in den Sinn käme. 1984 hatte *Lou* herausgefunden, dass die rechte Gehirnhälfte etwas weniger, hintere Hirngebiete dafür sehr gut durchblutet seien.

1986 beschrieb *Chelune* die „Frontalhirn-Hypothese“, die besagt, dass Hyperaktivität und Impulsivität primär Ausdruck mangelhafter Steuerungsfähigkeit sind, davon ausgehend, dass viele Symptome einer Frontalhirnverletzung ähnlich sind. In Erwägung gezogen wurde, dass der Frontalhirnbereich aus tiefer gelegenen Stammhirngebieten zu wenig Informationen erhalte und das Gehirn daher automatisch nach neuen Reizen suche; d.h. es wurde angenommen, dass viele aufgenommenen Reize nicht eindrucklich genug sind, um das Gehirn zu einer angemessenen Aktivität anzuregen.

1990 wies *Alan Zametkin* mit einem bildgebenden Verfahren an Erwachsenen mit ADS nach, dass speziell im Frontalhirnbereich zu wenig Stoffwech-

selaktivität von Glukose besteht, eines für die Hirnfunktion wichtigen Zuckers.

1995 sprach *Martha Denckla* von Schwierigkeiten des ADS-Betroffenen, sich etwas innerlich vorstellen zu können. Die Auswirkung der eingeschränkten Funktion der rechten Gehirnhälfte bestehe darin, dass viele Details nicht ganz so aufgenommen werden können, wie sie müßten, um das Gesamtbild aufbauen zu können. Das sei der Grund, dass immer wieder etwas übersehen oder nicht direkt wahrgenommen werde. Diskutiert wurden auch neuroanatomische Hintergründe für eine mangelhafte Funktion des Balkens, der Verbindung zwischen den Hirnhälften, im Vergleich zu Nichtbetroffenen. Dies sei vermutlich der Grund, weshalb von Betroffenen immer wieder subjektiv berichtet werde, dass sie etwas sehr wohl wissen würden und sich vorstellen könnten, jedoch „irgendwie“ nicht in Worte fassen könnten.

1995 berichtete *Patricia Quinn* von einem „Integrationsmodell der neurochemischen und neuroanatomischen Forschungen“. Die AD(H)S könne als eine Dysregulation von Neurotransmittern auf Stammhirnebene angesehen werden, die die Verarbeitung interner und externer Reize beeinflusst. Diese Neurotransmitter, speziell Dopamin und Noradrenalin, sollen Auswirkungen auf die Produktion und den Verbrauch sowie die Regulation anderer Neurotransmittersysteme im Gehirn haben, sowie auf die Funktion und Reifung einiger Hirnstrukturen. Dadurch soll die normale Funktionsweise des Frontalhirns insofern beeinträchtigt werden, dass Impulse von der Stammhirnregion (Stimmung, Wachheit, Wahrnehmungsimpulse) nicht ausreichend kontrolliert werden können.

1995 geht *Russel Barkley*, der führende Fachmann für AD/HD in den USA, in einem neuen modellhaften Erklärungsansatz auf dem Hintergrund der neurochemischen Problematik (u.a. auch einer Reizfilterschwäche) davon aus, dass die betroffenen Kinder ein Defizit der zentralen Hemmung haben, mit schwerwiegenden Auswirkungen auf die Fähigkeit, sich selbst zu steuern und zu regulieren. Sozusagen der Hinweis: „Im Gehirn ist eigentlich zu viel los“.

2002 berichtet der Göttinger Neurowissenschaftler Georg Hüther über seine Versuchsergebnisse von mit Methylphenidat (wesentlicher Wirkstoff in Ritalin) behandelten Ratten. Er fand heraus, dass Ritalin sich auf die Hirnreifung bei Ratten (Langzeitstudie) auswirke, indem es den Baum der Fortsätze von Dopamin produzierenden Zellen ausdünne. Wenn dies in den bewegungssteuernden Regionen der Fall sei, führe das zu vorzeitigem Parkinson (Schüttellähmung). Er fand heraus, dass Hyperaktivität bei Kindern nicht auf eine zu geringe, sondern übermäßige Dopaminproduktion zurückzuführen sei. Ritalin bremse die Überflutung des Gehirns mit diesem Stoff und behindere damit gleichzeitig eine optimale Hirnentwicklung. Falls Ritalin das optimale Wachstum des Nervenbaumes für dopaminproduzierende Zellen verhindere - wie das die Rattenversuche nahelegen - käme es unter Umständen nicht erst bei 70-jährigen, sondern schon bei einem 40-jährigen, ehemaligen Ritalin-Patienten, zu Problemen. Seine Befürchtung ist, dass es demnächst immer jüngere Parkinson-Patienten geben wird, die in ihrer Kindheit Ritalin zu sich genommen haben. Da es bisher noch wenig Langzeitstudien zu den Nebenwirkungen von Ritalin gibt (die meisten Patienten sind heute erst 20 Jahre alt) und die Forschungen in diesem Bereich auch nur nachlässig betrieben werden, wird sich erst in den nächsten 10-20 Jahren die Hypothese von Herrn Hüther praktisch beweisen lassen. Die Frage

ist, welche Forschungsergebnisse müssen denn noch erbracht werden, bis ein Umdenken stattfindet.

Anders als viele seiner Kollegen geht Hüther nicht von der Verursachung der AD(H)S durch eine vermehrte Dopaminausschüttung aus, sondern beschreibt diese bereits als einen Effekt vorangegangener Fehlentwicklungen im reifenden Gehirn von Kindern, die ganz wesentlich von den Angeboten oder eben auch mangelnden Impulsen aus der Umgebung (Eltern, Erzieher, Lehrer etc.) verursacht werden. Er bezeichnet das Gehirn als plastisches Organ, das - je nachdem, wie es genutzt wird- sich unterschiedlich formt. Die Nutzung und Reifung des Gehirns werde durch individuelle Erfahrungen, deren Verarbeitung und Umsetzung (Lernprozesse) bestimmt und sei eben dadurch auch beeinflussbar.

An dieser Stelle möchte ich auch auf die von Walter-Alfred Siebel bereits in den 80er Jahren veröffentlichten Ausführungen zum „Gehirnphysiologischen Schalter“ hinweisen, die bisher in der Fachwelt leider wenig Aufmerksamkeit erhalten haben. Für mich enthalten sie die schlüssigste Beschreibung der gehirnphysiologischen Ursachen, wie auch Voraussetzungen für die Entwicklung einer Aufmerksamkeitsstörung.

AD(H)S ist jedoch längst enttarnt:

Siebel beschreibt eine im ersten Lebensjahr des Kindes entstandene Blockade, durch ein gesperrtes Nervenzellgebiet im Bulbus olfactorius, dem ersten zentralwärts gelegenen Nervenorgan im Gehirn. Das Kind atmet im ersten Lebensjahr nur durch die Nase. Wenn durch eine bestimmte Atmosphäre, die aus der Umgebung des Kindes kommt, ein zu starker Reiz auf die Riechzellen wirkt, fallen die für diese Impulse zuständigen und empfänglichen Bereiche aus. Duftstoffüberangebote können aus dem geographischen Umfeld oder von den Erziehern (Sorgeschweiß, Magen, atmosphärische Spannungen, Alterungssymptome usw.) abgegeben werden. Die Zellen schützen sich, indem sie ihre Arbeit einstellen (sie depolarisieren und repolarisieren nicht mehr). Dadurch sind Weiterleitungsmöglichkeiten an diesen Stellen nicht mehr möglich, es müssen Umleitungen gefunden werden. Ein Säugling kann sich nicht gegen Duftstoffüberangebote wehren (Mundatmung ist noch nicht möglich, eine Fluchtreaktion ebensowenig), der Riechmechanismus kann nicht unterbrochen werden (weshalb Erkältungskrankheiten im Säuglingsalter auch so gefährlich sind), so dass eine Blockade durch ein sich sperrendes Nervenzellgebiet mit nachfolgender Konvergenznotwendigkeit entsteht. Diese kann dazu führen, daß Reizmengen in anderen Regionen zu gravierenden Störungen führen, die auch zum plötzlichen Kindstod führen können, falls die Impulsmenge die Schwelle ihrer Verarbeitbarkeit überschreitet. Die Folgen dieser Sperrung eines Nervenzellgebietes können bildlich als „Schalter“ (Siebel: gehirnphysiologischer Schalter) beschrieben werden und drücken sich vor allem darin aus, dass zwar über die „Empfangsstation“ des Thalamus Wirklichkeit wahrgenommen wird (über Augen, Ohren, Haut), jedoch die Aktivierung von Empfindungen über die olfaktorischen Bahnen so in Mitleidenschaft gezogen werden, dass sich die betroffenen Menschen schon sehr früh als anders als andere erleben und diese Andersartigkeit durch unterbewusste Prozesse kompensieren möchten. Nach „Sperrung“ des Zellgebietes im Bulbus olfactorius kann das Kind die eigenen sich selbst wahrnehmenden Gefühle (dazu gehören die v.a. durch Hormone gesteuerten Empfindungen, die als soft-feelings bezeichnet werden: lieben, sich glücklich empfinden, angenommen, geborgen u.ä.) nicht mehr weiter-

entwickeln; die bisher erlernten und selbst erfahrenen Gefühle werden im Gyrus parahippocampalis (dem Gedächtnis des Hippocampus, in dem diese genuinen Gefühlsbildungen ihr Zentrum haben) gespeichert, haben aber nicht die Kraft, gegen die Reize, die vom Thalamus gegen das Corpus mamillare drücken, angehen zu können. Per effectum bleibt das corpus mamillare geschlossen (depolarisiert). Es überwiegen die neural gesteuerten Empfindungen (Sorge, Trauer, Wut, Furcht u.ä.). Daraus entsteht eine Sogwirkung auf Nervenkernezentren im Hypothalamus: der gehirnephysiologische Schalter innerviert die Aktivität des rostralen Nervenkernegebietes (NKG). Es werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet, die entladen werden wollen, was zu sogenannten „cholerischen Anfällen“ führen kann, nach denen erst einmal Ruhe ist (sozusagen „alles vergeben und vergessen“)- nur die Umwelt staunt darüber, wie schnell man sich beruhigen kann und wie wenig nachtragend ein Mensch nach einem solchen Anfall sein kann! Die durch Assoziation ausgelösten (und eben auch von Außen auslösbaren!!!) neurovegetativen und/oder hormonellen Prozesse, die, einmal ausgelöst, vom Betroffenen nicht mehr kontrollierbar sind, erlebt er quasi wie neben sich stehend und im Innersten verzweifelt, ohne dies nach Außen hin zeigend, um nicht obendrein als hilflos zu erscheinen.

Wenn ich mir die Ergebnisse zusammenfassend zu erschließen versuche, so läßt sich für mich eines erkennen: die Folgen der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern sind ganz offensichtlich auf gehirnephysiologische (neurobiologische) Prozesse zurückzuführen, wobei diese bereits als Effekt einer vorangegangenen Schädigung anzusehen sind, die durch postnatale Einwirkungen durch die Bezugspersonen bewusst oder unbewusst ausgelöst werden und in der Folge weitergehend gefördert werden können (Erwartungshaltungen, Reglementierungen, Grenzenlosigkeit, mangelnde Impulse und Lernangebote, etc.). Die bisher als Ursachen ausgegebenen neurophysiologischen oder neurobiologischen Forschungsergebnisse im Hinblick auf eine Aufmerksamkeitsstörung sind also nichts weiter als eine Symptombeschreibung die die Fähigkeit des Gehirnes dokumentiert, sich den Angeboten oder auch Nicht-Angeboten aus der Umgebung anzupassen. Ein Kind, das von klein auf lernt, sein Gehirn anders nutzen zu müssen, andere Fähigkeiten und eben auch relativ mehr Schwächen entwickelt hat, als die Menschen, die sich sozusagen auf alle ihre Sinne verlassen gelernt haben, stößt durch seine Andersartigkeit auf Befremden. Sich unverstanden fühlen, sich abgelehnt zu erfahren, sich nicht steuern zu können, eigene Grenzen nicht wahrzunehmen und auch nicht gezeigt zu bekommen, fördert den Widerstand, falls nicht irgendwann Resignation eintritt („Es nützt ja eh nichts, mir glaubt ja keiner, ich bin einfach selber schuld...“). Den Widerstand mit Medikamenten zu drosseln, die Resignation (Depression) mit Medikamenten abzumildern, fördert erst recht die Gefühllosigkeit und Desensibilisierung der Kinder und bremst ihre Lernfähigkeit und damit die Bereitschaft sich neuen Herausforderungen zu stellen. Die Folgen der zunehmenden Desensibilisierung auch bei sogenannten normalen Kindern (mangelnde Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, Fixierung einer Konsumhaltung, Ersatz von emotionaler Zuwendung durch Fernsehen, PC usw.....) werden ja nicht zuletzt auch durch die PISA-Studie deutlich belegt. Da hilft dann auch kein Medikament mehr. Allenfalls rigorose Selektierungsprozesse, die ungeförderte, verhaltensauffällige Kinder in Sonderschulen abschieben und begünstigtere Kinder, mit engagierterem Elternhaus in den Kreis der Elite (weiter-

führende Schulen) erheben. Dadurch wird der Klassenspiegel wieder angehoben, so dass eine weitere Auseinandersetzung mit gängigen Lehrmethoden, dem Schulsystem, wie auch geändertem Erziehungsverhalten (Grenzenlosigkeit, Gewaltbereitschaft, Resignation u.a.) verschoben werden kann. Provokativ gefragt: ist dieser Auswahlprozess vielleicht die von wem auch immer erwünschte Möglichkeit, die Anwärterschaft auf Ausbildungsplätze zu verringern, da sich die Zahl der Schulabgänger von weiterführenden Schulen verringern wird? Doch was wird aus den vielen Sonderschülern? Also aus jenen, die die Leidtragenden unserer gesellschaftlichen Störungen sind? Fast 5 Mio. Arbeitslose sind wohl doch noch nicht genug, oder?

Die auffallende Inkonsistenz, die die Forscher (bis auf Hüther und bereits vor ihm Siebel) diesem Phänomen gegenüber an den Tag legen, hat neben der politisch-soziologischen Komponente wohl auch noch diese, daß der sogenannte plötzliche Kindstod, der in den Entstehungszusammenhang des AD(H)S gehört, weiterhin als bloßer, zwar unverständlicher, Schicksalsschlag angesehen werden kann. Doch haben Studien bereits belegt, daß durch aktive Jugendamtsbetreuungen in sogenannten Problemfamilien die Säuglingssterberate massiv gesunken ist (z.B. zeigt dies eine Studie in Bremen).

Zu 2) Ursachen, Symptome und Auswirkungen der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern

Im folgenden möchte ich Symptome von aufmerksamkeitsgestörten Kindern beschreiben, unabhängig von Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder, wie auch die daraus resultierenden Auswirkungen für die Entwicklung der betroffenen Kinder.

Es gibt auch noch pränatale Ursachen für die Entwicklung einer nicht so explosiven hyperaktiven Störung. Sie kann z.B. durch überdimensionierten Streß der Mutter während der Schwangerschaft entstehen. Eine Mutter, die unter andauerndem Streß steht, produziert vermehrt männliche Hormone (Streßhormone) die die Entwicklung des heranwachsenden Kindes daher massiv beeinträchtigen können. Das Kind ist jedoch in der Lage, Einfluß auf den Hormonhaushalt der Mutter zu nehmen, indem es vermehrt weibliche Hormone produziert, was der Mutter hilft, sich in Streßsituationen schneller zu regenerieren, und dem Kind hilft, sich ungebremst weiter zu entwickeln. Ein Effekt daraus ist jedoch die im physiologischen Gedächtnis des Kindes gespeicherte Erfahrung, das es immer etwas mehr tun muß als das normale, was sich nachgeburtlich in gesteigerter Aktivität „Machen um des machens willen“ äußert und als hyperaktives Verhalten zur Darstellung kommt. Die Kinder flüchten vor Entspannung und Ruhe, arbeiten ihre Anspannung in Bewegung ab, fangen Dinge an, die sie nicht zuende führen, da jedes Ergebnis normalerweise zu einem Innehalten (Regeneration) anregt: und genau davor sorgen sich diese Kinder unbewusst. Die permanente innere Unruhe, Reizoffenheit und mangelnde Möglichkeit zur Verarbeitung der aufgenommenen Reize wirkt sich auf die Hirnreifung, Körperwahrnehmung, Körperkoordination usw. aus und führt zu sekundären Verhaltensauffälligkeiten. Postnatale Ursachen für die Entwicklung einer hyperaktiven Störung und/oder Aufmerksamkeitsstörung sind meiner Ansicht nach immer im unmittelbaren Umfeld des betroffenen Kindes zu finden. Ich habe bisher kaum ein aufmerksamkeitsgestörtes Kind kennengelernt, in dessen Familie nicht mindestens ein Elternteil ähnliche Verhaltenstörungen zeigt, die allerdings

im Erwachsenenalter in kompensierterer Form auftreten. In allen betroffenen Familien spielen Streß, Druck, Aggressionen, Erwartungshaltungen, Reglementierungen, Beziehungsstörungen, Kommunikationsstörungen, mangelnde Entwicklungsimpulse (Reizüberflutung oder Reizmangel) etc. in unterschiedlichsten Kombinationen eine Rolle. Dabei ist zu beobachten, dass sich diese Fehlverhaltensweisen in Wechselwirkung mit der Symptomentwicklung der Kinder verstärken oder auch abnehmen, wenn Verhaltensänderungen auf beiden Seiten (Eltern, Familie, Umfeld und betroffenes Kind/Jugendlicher) stattfinden.

Beschreibung der Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung auch im Hinblick auf das soziale Verhalten:

- a) Wahrnehmung
- b) Motorik

Zu a)

Visuelle Wahrnehmung:

Auffallend ist ein extrem unruhiger Blick, eine erhöhte Wachsamkeit für visuelle Reize, auf die blitzartig reagiert werden kann. Die Kinder haben Schwierigkeiten, Blickkontakt zu halten, weichen aus, blicken ins Leere oder auf andere Reize in der Umgebung, wirken unstet, was sich dann auch in körperlicher Unruhe bemerkbar machen kann. Die Augen wirken verschleiert, oft glanzlos und leer, so dass beim Gegenüber der Eindruck entstehen kann, das Kind mit dem Blick nicht zu erreichen, so als ob es eine unsichtbare Grenze gibt, die ein echtes Einlassen verhindert.

Der unstete Blick der Kinder erweckt den Eindruck von Unkonzentriertheit, mangelndem Interesse und Sprunghaftigkeit und verbirgt die dahinterstehende hochgradige Wachsamkeit der Kinder, den konzentrierten Versuch einer allgemeinen Reizverarbeitung, was jedoch durch die Fülle der Reizaufnahme Grenzen der Verarbeitungsmöglichkeiten überschreitet und durch den dabei entstehenden inneren Druck eine motorische Abbarbeitung (zappeln) erforderlich macht.

Diese Kinder haben sich in der Regel erstaunliche visuelle Fähigkeiten angeeignet, die sie in die Lage versetzen schnell zu sehen und zu reagieren, was sich auch bei Reaktionspielen am PC, Playstation, Game-Boy bemerkbar macht.

Die Betonung der visuellen Wahrnehmung läßt den Rückschluß zu, dass darüber mangelnde Sinneswahrnehmungen in anderen Bereichen kompensiert werden. Da die Kinder sich selbst nicht spüren können und damit eben auch die Verhaltensweisen ihres Gegenübers oft nicht richtig deuten können, versuchen sie über den Blick jede Bewegungsänderung beim Gegenüber (Mimik, Gestik) oder in der Umgebung zu erfassen, um handlungs- bzw. reaktionsfähig zu bleiben.

Akustische Wahrnehmung:

Aufmerksamkeitsgestörte Kinder scheinen oft „nicht zu hören“, zumindest wird dies von Eltern, Lehrern, Erziehern berichtet. „Ich muß ihm/ihr immer alles 100mal sagen, und dann passiert immer noch nichts“. Aufgrund der extremen Reizoffenheit der betroffenen Kinder werden auch akustische Reize um ein vielfaches intensiver wahrgenommen, wobei die Selektion der einzelnen Reize aufgrund der Reizflut oft nicht mehr möglich ist. Eine Aufforderung kann dann ein Reiz unter vielen sein, der schon wieder vom nächsten Hörreiz abgelöst wird und damit nicht weiter beachtet wird. Ein

weiterer Grund für die Nichtbeachtung von Informationen oder Aufforderungen kann auch das Phänomen der „Mutterscham“ sein. Hierbei handelt es sich um ein Symptom, das jedes Kind situativ oder methodisch sehr gut einsetzen kann. Manche Kinder wissen sehr genau, dass ihre Mütter Aufforderungen wiederholen, so dass gar keine Notwendigkeit zur sofortigen Erledigung besteht. Oder sie haben die Erfahrung gemacht, dass, wenn ihre Mutter sich oft genug wiederholt hat, sie den Auftrag schließlich selbst erledigt (z.B. Zimmer aufräumen etc.). Ein weiterer Grund für die Mutterscham ist die Bekanntheit der meist immer wieder gleichen Tonfrequenz bei bestimmten Aufforderungen („Hast du schon....Mach doch mal...So, jetzt...“), so dass die Kinder bereits desensibilisiert reagieren und dadurch eben nicht mehr agieren. Dieses Phänomen kann natürlich auch auf andere Personen übertragen werden, wenn sie Aufforderungen in ähnlicher Tonlage und Wiederholungsfrequenz vortragen.

Weiterhin ist auffallend, dass aufmerksamkeitsgestörte Kinder meist lauter reden (schreien) oder sich viel wohler in lauter Atmosphäre (Radio, Fernseher, Stereoanlage) fühlen. Die Lautstärke ist die Möglichkeit, sich selbst zu stimulieren und sich aus der allgemeinen Reizflut besser abheben zu können. Da das Gehirn von aufmerksamkeitsgestörten Kindern darauf trainiert ist, mit vielen Reizen konfrontiert zu werden, kann Stille als bedrohlich wahrgenommen werden und zur Desorientiertheit bis hin zu Aggression führen. Für ein aufmerksamkeitsgestörtes Kind ist es also völlig normal, sich permanent auch in akustische Reizflut zu begeben und, wo diese nicht ausreichend vorhanden ist, sie selbst zu erzeugen (mit oder ohne Hilfsmittel). Dabei wird mir immer wieder von den betroffenen Kindern berichtet, dass sie sich viel besser konzentrieren können, wenn sie z.B. während der Hausaufgaben laute Musik hören können.

Zu b) Motorik

Da die betroffenen Kinder sich selbst nicht spüren können (mangelnde Körperwahrnehmung, gestörtes Körperschema), sind sie meist in der Körperkoordination erheblich eingeschränkt (Gleichgewichtsstörungen), stolpern häufiger, wirken tollpatschig, können ihre Kraft nicht angemessen dosieren (ein beabsichtigtes Streicheln kann zum Schlag, Kneifen oder brutal wirkendem Angriff werden), die Tiefensensibilität ist gestört (Hyper- oder Hyposensibilität der Haut, herabgesetzte Schmerzschwelle), und die Selbstwahrnehmung ist blockiert. Aufgrund der oft ausgeprägten feinmotorischen Koordinationsprobleme (zuviel oder zu wenig Krafteinsatz, verkrampfte Stiftführung/Einsatz von Bastelmaterialien/Werkzeugen) sind Mißerfolgserlebnisse meist vorprogrammiert und führen zu Aggression (Wutausbrüche, Selbstbeschuldigungen) und / oder Resignation (die Kinder verweigern sich und machen nichts mehr mit).

Auffallend sind überschießende Bewegungsmuster, mangelnde Gefahren einschätzung (die Kinder wirken risikofreudig und uneinsichtig, scheinen aus ihren Fehlern nicht zu lernen) und wirken entweder völlig ungelentk oder grenzenlos beweglich. Allen dieser Kinder ist anmerkbar, dass sie unter erhöhter innerer Anspannung stehen, wobei es Kinder gibt, die diese Anspannung über Hypermotorik auszugleichen versuchen, und andere Kinder, die den Druck nach innen richten und darüber starr und statisch wirken und in erhöhtem Maße autoaggressive Symptome zeigen (Kopfschmerzen, Stottern/Stammeln, Verstopfung, Einnässen, Krämpfe, Tic-Störungen etc.).

Zu 3) Erfahrungen aus der Spieltherapie mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern und der aufdeckenden Zusammenarbeit mit den betroffenen Eltern und Familien

Die Anmeldungen aufmerksamkeitsgestörter und/oder hyperaktiver Kinder in meiner Praxis lauten immer wieder ähnlich und werden meist von völlig entnervten, sorgenvollen und streßgeplagten Eltern vorgetragen: „Mein Kind ist extrem unruhig... rast ständig durch die Gegend, kann sich auf nichts konzentrieren...man kann sie/ihn keine Minute aus den Augen lassen...sie/er hört nicht mehr auf mich, ist aggressiv und böse...sie/er bekommt extreme Wutanfälle, haut und wirft Dinge durch die Gegend... sie/er schläft nicht mehr durch, näßt ein... sie/er wird immer mehr zum Außenseiter im KiGa/Schule...sie/er bekommt ständig Einträge, steht kurz vor dem Schulleiterverweis...sie/er findet keine Freunde mehr und isoliert sich immer mehr... sie/er schreibt schlechte Noten, stört ständig den Unterricht und spielt den Klassenkasper...sie/er geht auf seine Geschwister los, hält sich nicht an Abmachungen, kann sich nichts merken und, und , und...“. Die Mitteilungen zum eigenen Verhalten lauten meist so: „Ich weiß nicht mehr, wie ich mich verhalten soll...ich bin völlig am Ende...manchmal verliere ich die Nerven und dann schlage ich auch zu...mein/e Mann/Frau und ich sind nur noch am Streiten...wir haben schon alles ausprobiert und nichts hat geholfen...ich kann schon an nichts anderes mehr denken, als was wohl als nächstes passieren wird...womit haben wir das nur verdient, sie/er bekommt doch alles...und, und, und ...“.

Die betroffenen Kinder erzählen: „Immer bin ich schuld, keiner glaubt mir mehr...wenn die mich immer ärgern, dann halte ich es einfach nicht mehr aus und dann passieren schlimme Sachen....wenn ich keine Sprache mehr hab, dann fliegen die Fäuste...ich bin immer so zappelig und verstehe nicht was die immer von mir wollen...ich möchte ja gerne wieder lieb sein, aber dann...meine Eltern haben mich nicht mehr lieb, immer schimpfen sie mit mir...ich bin ja selber Schuld, wenn ich ja immer so böse bin...keiner versteht mich, alle hacken immer auf mir rum...manchmal denke ich, dass mir der Kopf zerspringt vor Wut...ich kann das alles nicht, ich bin einfach zu blöd...ich bin ein Versager...ich will nicht ins Heim, aber meine Eltern halten es nicht mehr mit mir aus...ich bin kopfkrank, irgendwie verrückt, das sagen alle...manchmal möchte ich am liebsten nicht mehr da sein...und, und, und...“.

Alle diese Aussagen machen auf einen enormen Leidensdruck bei den betroffenen Kindern , wie auch ihren Eltern und Geschwistern, aufmerksam.

Zusammenfassung und Sortierung der Symptomenkomplexe:

Symptome und Auswirkungen der Aufmerksamkeitsstörung bei Kindern

Wahrnehmung

Visuelle Wahrnehmung:

Unruhiger, unsteter Blick, die Kinder haben oft Schwierigkeiten den Blickkontakt zu halten. Ihre Augen wirken verschleiert und leer.

Erhöhte Wachsamkeit, blitzartiges Reaktionsvermögen auf jegliche Form von Reizen (Mimik, Gestik, Stimmungen, Gegenstände etc.).

Erhöhte Ablenkbarkeit bei extremer Reizaufnahme, die meist durch körperliche Unruhe kompensiert wird.

Akustische Wahrnehmung:

Aufgrund der Reizoffenheit der Kinder werden akustische Reize um ein vielfaches intensiver wahrgenommen und führen zum Symptom des „nicht hörens“, da keine oder eine nur mangelhafte Selektion stattfindet. Wichtiges kann oft nicht von Unwichtigem unterschieden werden.

Diese Kinder kompensieren über Lautstärke, um sich selbst zu stimulieren (sich selbst besser hören können) und sich aus der umgebenden Reizflut herausheben zu können.

Phänomen der „Muttertaubheit“.

Stille wird oft als unangenehm oder bedrohlich wahrgenommen.

Entspannung findet eher in der Reizflut statt, das ist der „Normalzustand“ für aufmerksamkeitsgestörte Kinder.

Tiefensensibilität:

Hyper-oder Hyposensibilität der Haut (die Kinder brauchen starke Hautreize um sich spüren zu können, Streicheln kann als unangenehm oder auch schmerzhaft wahrgenommen werden).

Mangelnde Kraftdosierung , gestörte Tastwahrnehmung.

Mangelnde Figur-Grundwahrnehmung und gestörtes Raum-Lage-Empfinden.

Motorik

Grobmotorik:

Körperschema und Körperwahrnehmung sind erheblich beeinträchtigt, da sich die Kinder in ihrem Körper nicht spüren können.

Die Körperkoordination ist durch ein mangelndes Gleichgewichtsempfinden oft erheblich beeinträchtigt (stolpern, Tollpatschigkeit).

Mangelnde Gefahrensicht, überschießende Bewegungen (wird oft mit „Mut“ verwechselt).

Die Kinder wirken oft ungelentk oder kompensieren durch grenzenlosen Bewegungsdrang.

Feinmotorik:

Probleme mit der Auge-Hand-Koordination durch Verkrampfung und mangelnde Kraftdosierung.

Differenzierte feinmotorische Bewegungsabläufe (Schreiben, Malen, Basteln etc.) können oft nicht koordiniert werden, was zu Verweigerung oder Wutausbrüchen führen kann.

Diese Kinder arbeiten lieber mit Werkzeugen die einen höheren Krafteinsatz erforderlich machen.

Sprache

Wenig Sprachgefühl, Wortfindungsstörungen, oft eingeschränkter Wortschatz.

Stammeln in Streßsituationen, oder Lücken lassen, plötzliches Abbrechen mitten im Satz.

Die Sprache als Kommunikationsform wird oft vermieden, dafür mehr Mimik, Gestik und körperliche Darstellungen von Sachverhalten.

Häufig tritt auch eine Lese-Rechtschreibschwäche auf.

Emotionales Verhalten

Diese Kinder reagieren meist sehr impulsiv, sind begeisterungsfähig und auf rasche Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet.

Extreme Stimmungsschwankungen: von euphorisch, bis aggressiv, bis depressiv, bis resignativ.

In extremen Drucksituationen kommt es zu explosionsartigen Wutausbrüchen, die von den Kindern in der Situation nicht mehr gesteuert werden können.

Auffallende Selbstablehnung, Schuldgefühle.

Erheblich herabgesetzte Frustrationstoleranz, Ungeduld und Tendenz zur Selbstbestrafung (z.B. sich Schmerzen zufügen).

Mangelndes Selbstwertgefühl, Unlustgefühle und Bereitschaft zum schnellen Aufgeben.

Die Aufmerksamkeit ist interessegesteuert und dann ungebremst.

Grenzenlosigkeit in allen Bereichen, durch die mangelnde Selbstwahrnehmung.

Die Kinder reagieren sensibel und sekundenschnell auf Stimmungen, Mimik und Gestik des Gegenübers.

Sozialverhalten

Diese Kinder geraten sehr schnell in eine Außenseiterrolle, oder werden zum Sündenbock durch ihre oft unkontrollierbaren Stimmungen und Wutausbrüche, dabei wird meist übersehen, wer oder was dies ausgelöst hat.

Diese Kinder fühlen sich oft ausgegrenzt und angreifbar, weshalb sie selbst oft angreifen.

Sie wollen oft die Kontrolle durch dominantes Auftreten an sich nehmen, weshalb es sehr schnell zu Machtkämpfen kommt.

Durch ihre Reizoffenheit wirken die Kinder oft unberechenbar und unzuverlässig.

Diese Kinder sind wenig belastbar, reagieren sehr schnell überfordert und isolieren sich dann in der Gemeinschaft (autoaggressiver Rückzug).

Konflikte werden meist kämpferisch und mit Schuldzuweisungen anderen gegenüber angegangen.

Suche nach Anerkennung und Selbstbestätigung mit oft unangemessenen Mitteln.

Nun: gerade auch in diesem Zusammenhang des AD(H)S wird die Funktion der Spieltherapie deutlich: Spiel als Quasi-Beruf des Kindes fördert Konzentration und Ausdauer, die Feinmotorik, die soziale Kompetenz und vor allem die Lernfähigkeit. Um nur einige wichtige Beispiele zu nennen.

Leider gibt es neben der grundsätzlichen Kompetenz zur Spieltherapie hier keine besonderen Rezepte. Die nachfolgend aufgezeigten Auffälligkeiten im Spielverhalten müssen in der Therapie ständig beobachtet und je nach Notwendigkeit freundlich zugewandt, humorvoll und einsichtig korrigiert werden. Da die Persönlichkeit, die die Spieltherapie durchführt, ganz besonders gefordert ist, deren Zuverlässigkeit oft getestet wird, muß den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten Raum gelassen werden. Wir sind den Individuen verpflichtet, selbst wenn viele gleiche Symptome zeigen, ist jedes Kind eben doch wieder anders - und das will es auch erfahren! Es will erfahren, daß diese Andersartigkeit keine Abartigkeit ist. Nur so lassen sich Lernfähigkeit und Hingabefähigkeit fördern. Wenn ein Kind den Unterschied begriffen hat zwischen Akzeptanz und Annahme (das Kind bleibt angenommen, auch wenn ein Verhalten nicht akzeptiert wird), erarbeitet es sich den Mut für andere Verhaltensweisen.

Dies führt dazu - so muß ich es aus den geirnhysiologischen Erkenntnissen schlußfolgern, daß die olfaktorischen Reize wieder angemessen bearbeitet werden: die Zellen repolarisieren wieder und nehmen damit ihr eigentliche Arbeit wieder auf. Das führt dazu, daß die Kinder wie umgewandelt wirken - um sich aufzuregen, müssen sie sich dann schon selbst entscheiden, es ist kein Zwang mehr.

Das klingt zwar kompliziert, ist es jedoch nicht. Am schnellsten sind diese wie Wunder erscheinenden Änderungen natürlich zu erreichen, wenn die erziehenden Personen mithelfen - v.a. durch ihr Verständnis des Phänomens. Und in der Tat ist das die beste Mithilfe, die ich finden kann: wenn die erziehenden Personen erst einmal das bisher Unverständige begreifen, konkretisieren und dadurch verstehen können, ggf. sogar bei sich selbst entdecken, werden Abwertungen, Strafen und Schuldfragen derart vermindert, daß dadurch ein vertrauensvolles Klima für das Kind möglich ist.

Auffälligkeiten im Spielverhalten:

Erhöhte Bereitschaft Spiele abubrechen, Spielergebnissen aus dem Weg zu gehen.

Auffallende Wachsamkeit gegenüber jeglicher Form von Reizquellen (Geräusche, Bewegungen, etc.).

Bevorzugung von Funktions-und Konstruktionsspielen (Suche nach Zusammenhängen, Ordnung, Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit).

In den Spielthemen kommt es immer wieder zur Rekonstruktion des inneren Konfliktgeschehens: Stau (Kugelbahn, Autos, Eisenbahn etc.) als Ausdruck für den eigenen inneren Druck, der sich als Reizstau bemerkbar macht. Unfälle, Kollisionen, Gewaltanwendung sind als Ausdruck der für die Kinder als unberechenbar erlebten Wutausbrüche, wie auch eskalierenden Konfliktsituationen mit den Eltern, oder anderen Bezugspersonen zu deuten. Selbst konstruierte Gefahrensituationen, Katastrophen (Feuerwehreinsätze, Rettungsaktionen, Polizeiaktionen) entsprechen dem Bedürfnis der Kinder selbstständig und handlungsfähig zu sein, Kontrolle zu erlernen und dem Wunsch nach Konfliktlösungen, auch wenn die Situation noch so gefährlich oder bedrohlich erscheint. Die Kinder üben im Spiel Einsicht in Konflikte zu erlangen, die Eigenbeteiligung zu erfahren, Übersicht zu behalten und selbst zu organisieren, was im Alltag so oft nicht möglich ist.

Häufige Regel-und Grenzüberschreitungen aufgrund der eigenen Grenzenlosigkeit und mangelnden Erfahrungen mit angemessenen Grenzen die vom Gegenüber gesetzt werden. Die Kinder müssen meist erst lernen, wie und dass ihr Verhalten Konsequenzen hat, die verstehbar und einsehbar sind.

Diese Kinder vermeiden oft Spiele aus Sorge, sie nicht zu verstehen und vor Mißerfolgen (autoaggressiver bis aggressiver Rückzug).

Sie suchen nach Bewegungsreizen, um den inneren Druck und die körperliche Anspannung abzubauen.

Konzentrationsspiele, Strategiespiele, Regelspiele werden oft abgelehnt, da Entspannung, das Vertrauen in die eigene Lernfähigkeit und der Spaß am eigenen Denken an der Mißerfolgsorientierung scheitert.

Die Kinder reagieren sensibel auf Kritik, werden oft laut und aggressiv und deuten Interesse an ihrer Person oft als Angriff oder weichen aus. Sie sind auf Informationen angewiesen, die ihnen helfen ihre Selbstvorstellung zu korrigieren und sich auf neue, andere Erfahrungen mit sich selbst und ihrem Gegenüber einzulassen.

Da diese Kinder keine Beziehung zu sich selbst entwickeln konnten gehen sie oft lieblos, grob oder unsachgemäß mit Spielmaterialien um (auch unbeabsichtigtes kaputtmachen, durch mangelnde Kraftdosierung) oder zerstören diese mutwillig, wenn sie keinen Erfolg haben.

Aufgrund der Reizoffenheit und mangelnden Verarbeitungsfähigkeit, entwickeln die Kinder häufig eine Konsumhaltung gegenüber Spielmaterialien ohne sich wirklich damit zu beschäftigen oder einen inneren Bezug dazu aufzubauen.

Die Kinder haben Schwierigkeiten Nähe auszuhalten bzw. anzunehmen, sie weichen direkter Ansprache aus, müssen etwas tun (zappeln, hantieren mit Gegenständen oder dem eigenen Körper), um die für sie nicht spürbaren, nicht verarbeitbaren, häufig als unangenehm erlebten Beziehungsangebote ihres Gegenübers abzuwehren. Nähe, inhaltvolle Gespräche sind im gemeinsamen Tun (z.B. beim Spielen) leichter annehmbar und bereiten die Kinder darauf vor sich vertrauensvoll öffnen zu dürfen, ohne Sorge vor Kontrollverlust oder Mißerfolgserlebnissen.

Aufmerksamkeitsgestörte Kinder haben meist eine erstaunliche schnelle Auffassungsgabe bei PC-Spielen und arbeiten sich sehr schnell in den Umgang mit der Technik des PC's ein. Sie entwickeln Fähigkeiten/Fertigkeiten bei Geschicklichkeitsspielen (rasche visuelle Reizverarbeitung und motorische Umsetzung), bei Reaktionsspielen und Gedächtnisspielen. Auch extrem bewegungsunruhige Kinder lernen sehr schnell am PC ihre Aufmerksamkeit zu richten, sich konzentriert auf Spielanforderungen einzulassen und dabei Ausdauer und Lernfreude zu entwickeln. Die Übersichtlichkeit des Bildschirms, das mehrdimensionale, strukturierte Reizangebot (Augen, Ohren, Handmotorik) ermöglichen den Kindern Orientierung und eine Wachsamkeit die sich auf das Bildschirmgeschehen reduziert und umliegende Reize als uninteressant verblässen läßt. Wie nebenbei lernen die Kinder Teamarbeit, sich auf Gemeinschaft einzulassen und sich mit ihrem Spielpartner an den gemeinsam erarbeiteten Erfolgen zu erfreuen.

Zu 4) Kurze Darstellung meiner Erfahrungen mit den Auswirkungen medikamentöser Therapien bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern

Dazu läßt sich sagen:

Ritalin behandelte Kinder sind noch unerreichbarer als solche, die nicht behandelt werden. Sie wirken künstlich sediert, mimisch vermindert, motorisch verlangsamt und herabgesetzt in den Möglichkeiten, sich mitzuteilen.

Diese Kinder beschreiben zwar, daß sie z.B. in der Schule besser mitkommen, empfinden sich jedoch sozial isoliert und in der Freizeit als sehr müde und lustlos. Im Klassenverband werden sie häufig stigmatisiert und als „Junkies“ bezeichnet.

Die Kinder erhalten häufig kleine Uhren, die den Einnahmezeitpunkt für das Ritalin signalisieren, was die Aufmerksamkeit auf das Phänomen erhöht. Gelegentlich wird diese Überwachung auf die Lehrer übertragen.

Es gäbe zwar weniger Streit in den Familien, aber insgesamt geschehe noch weniger als vorher: es werde noch weniger zusammen gespielt.

Ein weiteres körperliches Problem neben der Verlangsamung ist die auffällige Gewichtsabnahme und damit die Unterversorgung während des Wachstums. Die Kinder berichten, daß sie eben keinen Appetit hätten. In diesem Zusammenhang haben mich die Untersuchungen von Hüther sehr erschreckt. Sie sind für mich einleuchtend und nachvollziehbar.

Dieses Medikament hat auch eine, ironisch gesprochen, absatzfördernde Nebenwirkung: wird es abgesetzt, kommt es häufig erst einmal zur Steigerung des vorigen Verhaltens. Das führt leider dazu, daß Ritalin länger gegeben oder erneut eingesetzt wird. Einige Eltern übernehmen auch die Höhe der Dosierung ohne Absprache mit dem behandelnden Arzt: wirkt das Kind unruhiger, wird häufig noch eine Pille gegeben.

Diese Pille hat auch anregende Wirkung und wird deshalb auch schon auf deutschen Schulhöfen wie eine Droge gehandelt. Auf die weiteren Auswirkungen mag ich jetzt nur mit dem Satz hinweisen: früh eingeübt, stigmatisiert und kriminell vorgebildet sollen sich offenbar diese eher revolutionär begabten Kinder zu Wesen entwickeln, die sich entweder durch Verhalten oder durch Produktion organischer Schäden frühzeitig aus der Gesellschaft verabschieden. Häufig erhalten diese Kinder zusätzlich noch besondere Verhaltenstherapie, die nur das von außen geplante Verhalten trainiert. Dadurch werden die noch verfügbaren Eigenimpulse auch noch automatisiert.

Literatur

Siebel, W.A./ Winkler, Th., 1996. Noosomatik Vol. V, 2nd ed., Dareschta Verlag, Wiesbaden

W.A. Siebel: „Umgang, Einführung in eine psychologische Erkenntnistheorie“, Wiesbaden, 1995, Dareschta Verlag

Gerald Hüther/Helmut Bonney: „Neues vom Zappelphilipp“, 2002 Patmos Verlag & Co.KG

Cordula Neuhaus: „Das hyperaktive Kind und seine Probleme“, Berlin 1999, Ravensburger, (Zusammenfassung der gängigen Theorien zu den Ursachen von AD(H)S, S.47-57)

***Erschienen in Interdis: Journal for Interdisciplinary Research
– Zeitschrift für Interdisziplinäre Forschung, 2007, Dareschta
Verlag, Wiesbaden
<http://www.interdis.com>***