



Kindeswohl zu Beginn des dritten Jahrtausends

ADHS im Fokus von kindlicher Authentizität und chemischer Disziplinierung

FORUM 36 (Seite 46 - 55)

Die beiden im vergangenen Jahr von der Schulstiftung veranstalteten Fortbildungsseminare zum Thema "Das seelisch kranke Kind in der Schule", über die in FORUM Nr. 34 berichtet wurde, haben besonders großes Interesse gefunden und ein außerordentliches Echo ausgelöst. Ein ergänzender Beitrag von Gertraude Fydrich wurde in FORUM Nr. 35 unter der Überschrift "Zappelphilippe sind nicht nur in der Schule ein Problem" veröffentlicht. Als Reaktion auf diesen Aufsatz erscheinen nunmehr als weitere Ergänzung zum Thema ADHS die nachfolgenden Ausführungen von Dr. Karl-Heinz Schäfer.

1. Ouvertüre

Das "ist so, als ob Ameisen durch mein Gehirn laufen; ich mache dann Sachen, die ich nicht machen will ..." (Sven, 9 Jahre)

Ich "hetze mich ab, im Reden, im Laufen, im Denken, im Streiten, ja es ist so wie hetzen, und je mehr ich mich abhetze, desto weniger nimmt mich mal einer in den Arm ..." (Jonas, 12 Jahre)

Du "weißt ja gar nicht, was ich brauche ..." (Lukas, 12 Jahre)

Bevor "der Lehrer was sagt, merk' ich ihm an, dass das nur leeres Geschwätz ist ..." (Peter, 14 Jahre)

Ihr "tut so, als könntet ihr mir in den Kopf gucken, aber verstehen könnt ihr mich nicht ..." (Simone, 15 Jahre)

Ich "will ja so sein, wie alle das verlangen, aber ich kann das nicht, ich will es eigentlich auch nicht, nein, ich bin doch nicht euer Hampelmann!" (Jörg, 13 Jahre).

Das sind Aussprüche von sogenannten verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen, die zahlreiche schulische, sonderpädagogische, psychologische und/oder medizinisch-psychiatrische Tests über sich ergehen lassen mussten, um dann als "ADHS-Kind" etikettiert zu werden. Und damit fühlen sich nicht selten ihre erziehungsverantwortlichen Mitmenschen entlastet.

2. Wer ist krank? Wer ist gestört?

In Deutschland gibt es schätzungsweise 330 000 Kinder und Jugendliche, die an einer diagnostizierten Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Hyperaktivität (ADHS) leiden (Eisele, 102). Das sind Kinder und Jugendliche, die mit ihrer Art des Seins das Zusammenleben mit anderen belasten. Wenn Grenzen der Erträglichkeit überschritten sind, beginnen alle Beteiligten, über Änderungen, Hilfen, Förderprogramme nachzudenken. Daraus ergibt sich ein weitgefasster Spannungsbogen an Handlungsformen von Versuchen individueller medikamentengestützter medizinischer Therapie bis zu innenarchitektonischen Gestaltungsreduktionen, um durch Reizarmut auch Gruppen mit ADHS-Kindern erfolgreicher zu bilden.

Diese Handlungsformen lassen sich tendenziell, je nach Einstellung und Überzeugung der Agierenden, zwei unterschiedlichen Definitionen von Verhaltensstörungen zuordnen. Einerseits wird in der ADHS genannten Störung eine fehlerhafte oder fehlgeleitete Entwicklung des Individuums gesehen, die es zu therapieren gilt. Andererseits werden die Symptome als normale individuelle Reaktion auf eine gestörte Gesellschaftsentwicklung verstanden. In diesem Sinne beschreibt ADHS die unbewusste psychische und körperliche Reaktion der betroffenen Kinder auf das Ihnen vorgegebene Leben der Gemeinschaft (Familie, Schulklasse, Gesellschaft). Entscheidend für die Bewertung von Aufmerksamkeits-Defizit-Störungen mit Hyperaktivität (ADHS) ist die Akzeptanz der komplexen Verantwortlichkeit aller Beteiligten, die an der Lösung von Problemen eines Kindes mit seiner ihm gegebenen Umwelt arbeiten.

Auf der Ebene wissenschaftlicher Zugangsmöglichkeiten, die das Problemfeld ADHS beleuchten und untersuchen, versuche ich im Kontext idiographischer sonderpädagogischer Forschung durch die komplexe Aufnahme vieler Daten und Ereignisse aus der jeweiligen Lebensentwicklung, der aktuellen Lebenssituationen und individueller perspektivischer Sichtweisen und Wünsche das individuelle Störungsbild für die jeweils gegebene Gemeinschaft zu übertragen und zu begründen.



Zappelphilippe gab es schon vor dem Fernseh-Zeitalter...

Dazu zwei Fallbeispiele:

Lukas, 12 Jahre. Im Kindergarten anfänglich ohne Probleme. Im letzten Kindergartenjahr sozial auffällig, aggressiv, gewalttätig. Ruhelosigkeiten in seinen Handlungen und Haltungen. Bindungslose Beziehungen kennzeichnen seine Kontakte. Er fühlt sich schlecht behandelt, andere sind immer schlecht zu ihm, er hört nicht mehr auf Erzieherinnen. Im häuslichen Umfeld ist die Mutter völlig fassungslos, da er nur im Kindergarten auffällig ist. In der Familie ist er angeblich völlig ausgeglichen.

Nach der Einschulung schon zu Beginn Probleme im Kontakt zu anderen. Er wird aber auch als Kind mit extremem Gerechtigkeitsinn erkannt. Das bringt ihm aber in Folge disziplinarische Konsequenzen, da er auf alle Ungerechtigkeiten in seiner Umgebung in der Schule zu reagieren scheint. Nach unzähligen pädagogischen und Ordnungsmaßnahmen wechselt er in der 2. Klasse die Grundschule. Die Probleme bleiben nach einer hoffnungsbeladenen ruhigen Anfangszeit. Die Schule drängt nach therapeutischer Begleitung. Er erhält Ergotherapie, Gesprächspsychotherapie, Spieltherapie; allerdings lässt er aus eigenem Willen alles nach kurzer Zeit sein, weil ihm das "...zu blöd ist!"

Die Eltern verzweifeln zunehmend, Sein Störungsbild intensiviert sich, er kann keine 10 Sekunden still sitzen, ist weiterhin aggressiv. Lehrer werden nicht akzeptiert, weil sie für ihn zu ungerecht erscheinen. Die Folgen sind verstärkte Disziplinierungsmaßnahmen und die Einleitung einer sonderpädagogischen Überprüfung mit der Zielrichtung einer Überweisung in eine Sonderschule. Die Eltern reagieren entsetzt, erreichen einen Untersuchungstermin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der untersuchende Arzt spricht von wahrscheinlicher ADHS, sicher könne er das aber erst nach eingehender

Untersuchung sagen. Er empfiehlt, dass Lukas zur Beobachtung und Diagnostik für maximal 6 Wochen in der Psychiatrie verbleibt. Lukas ist entsetzt, lässt sich aber von den völlig verunsicherten Eltern überreden zu bleiben.

Nach dramatischen sechs Tagen ruft Lukas weinend zu Hause an und bittet seine Eltern, sie mögen ihn unbedingt abholen, er wolle sich ja ändern, er würde alles dafür tun, aber zu Hause in der Familie.

Die Eltern holen ihn ab. Beim Entlassungsgespräch verweist der behandelnde Arzt auf ein Medikament namens "Ritalin", das dem Jungen weiterhelfen könne. Er stellt das Rezept aus. Außerdem sei eine weitergehende therapeutische Begleitung sinnvoll. Die Eltern besorgen mit Rezept das Medikament. Der Junge entwickelt sich in den Augen der Eltern sehr positiv. Nachdem die Packung leer ist, wird telefonisch ein neues Rezept erbeten, die Eltern schwärmen dem Arzt vor, wie verändert der Junge sei. Die Rezeptaussstellung geht so zwei Jahre lang weiter. Eine medizinische Kontrolle findet nicht statt.

Nach den ersten erfolgreichen Ritalinmonaten stellen sich die Eltern erstmals dem Gedanken, ob die chronische Antriebsunlust, die wachsende Schläfrigkeit und das an Absenzen erinnernde Wegdösen normal sei. Zweifel bekommt auch Lukas, der zunehmend die Entscheidung trifft, Ritalin nicht zu nehmen. Er sagt aber nicht, dass er es verschwinden lässt. In der Schule nehmen die Störungen zu, aber es lässt sich nicht nachvollziehen, ob das mit Zeiten der Nichteinnahme von Ritalin zusammenhängt. Die Eltern wissen nicht mehr weiter.

Nach einer Beratungszeit von 8 Wochen wird deutlich, dass Entwicklungen in der Familie wenig beleuchtet wurden, so z.B. dass der Vater seit 7 Jahren beruflich umziehen musste, er seit dieser Zeit die Familie nur noch am Wochenende sieht, dass der Junge in seiner Lage seit diesem beruflichen Umzug des Vaters im Ehebett der Eltern schläft, dass der Beginn seiner Probleme mit diesem Ereignis korreliert usw.



... wie aber wirkt der Fernseher als Babysitter auf die kindliche Seele?

Peter, 14 Jahre. Peter wird mit 8 Jahren nach einem sonderpädagogischen Überprüfungsverfahren in eine Schule für Erziehungshilfe überwiesen, nachdem er in allen sozialen Kontexten als nicht zu ertragender Störenfried Verhaltensgrenzen von Kindergartengruppen und Schulklassen überschritt.

Es folgten kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen, die die Symptome einer ADHS-Erkrankung postulierten und zu bestätigen schienen. Er bekam seit dieser Zeit "Ritalin", verbunden mit dem ärztlichen Wunsch, er möge auch therapeutisch begleitet werden.

Seine unruheverbreitende Art war für alle im wahrsten Sinne atemberaubend, da er keine 5 Sekunden still auf einem Platz sitzen oder stehen konnte. Seine Ritalintherapie war wechselnd erfolgreich, es waren langfristig nicht die dauerhaften Erfolge zu verzeichnen, lediglich periodisch waren Änderungen zu konstatieren.

Im Alter von 13 Jahren (nach 5 Jahren Ritalin) wurde er auf dem Schulhof der ihn betreuenden Schule erwischt, als er an andere Mitschüler "Drogen" verkaufte. Nach der Sammlung von Aussagen von Mitschülern verkaufte er schon jahrelang Ritalin-Pillen zum Preis von 10,-DM pro Stück (für einen 10er Streifen verlangte er 40,- DM). Zur Aufdeckung kam es, weil eine Mitschülerin im Vorfeld in der Pause völlig abwesend einer aufsichtsführenden Lehrerin vom schönen Fliegen schwärmte, und sich herausstellte, dass sie 10 Pillen auf einmal geschluckt hatte.

3. Worum geht es?

Störenfried, Zappelphilipp, Hampelliese, Nervensäge und a.m. sind Bezeichnungen für eine Störung, die in allen Regionen, Schichten, Schulformen auf dem Vormarsch zu sein scheint. Eine immer häufiger gestellte Diagnose lautet Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) oder, nach neuester Definition, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS).

Die Symptome des ADHS gelten als vielfältig, komplex und nicht leicht diagnostizierbar. Spezifische ADHS-Symptome gibt es eigentlich gar nicht, denn auch "normale" Kinder können in manchen Situationen die gleichen Symptome zeigen. Der Unterschied liegt in der Ausprägung und Intensität der Symptomatik. Wichtig ist auch der Hinweis, dass nicht jedes ADHS-Kind dem anderen gleicht, sondern unterschiedliche Verhaltensmuster völlig verschiedene Symptome beinhalten können.

Zusätzlich wird eine Diagnose dadurch sehr erschwert, dass verschiedene Symptome in unterschiedlichen Ausprägungsgraden vorhanden sein können, so dass in Untersuchungssituationen u.U. gar keine Anzeichen erkennbar sind (Petermann 2000, 152).

Remschmidt unterteilt in drei ADHS-Hauptsymptome:
motorische Unruhe,
Störungen der Aufmerksamkeit und
impulsives Verhalten.

Die ausgeprägte Ruhelosigkeit, die sich schon im Säuglingsalter zeigen kann, drückt sich dadurch aus, dass das betroffene Kind nicht sitzen bleiben kann, wenn man es von ihm

verlangt. Es rutscht herum, springt auf, läuft durch das Zimmer, ist fahrig, wackelt und zappelt immer wieder.

Unaufmerksamkeit (2. Hauptsymptom) zeigt sich in der Unfähigkeit des Kindes, sich konzentrieren zu können, selbst, wenn es dies möchte. Es ist sprunghaft, bringt angefangene Sachen nicht zu Ende, verliert schnell das Interesse an einer Aufgabe und lässt sich sehr leicht ablenken, da es aufgabenrelevante Reize nicht von irrelevanten Reizen trennen kann.

Besonders starke Probleme entstehen in der Planung und Organisation von Arbeiten, die einen kognitiven Ansatz verlangen und fremdbestimmt sind. Kinder können in diesem Problemspektrum nur mit großer Mühe zuhören, sie haben Probleme in der Befolgung von Anweisungen und sind im Alltag übermäßig vergesslich. Hinzu kommt bei manchen Kindern eine gestörte Sinneswahrnehmung (Spallek 2001, 17).

Die Impulsivität (3. Hauptsymptom) zeigt sich in vorschnellem, unüberlegtem Handeln, was zur Folge haben kann, dass diese Kinder sehr leicht in Gefahrensituationen geraten, da sie nicht über Konsequenzen ihres Handelns nachdenken. Verletzungen sind daher häufig diagnostiziert. Ferner sind an Symptomen zu nennen: andauerndes Reden, lautes Reden, unüberlegtes Antworten u.a.m.

Zu den Hauptsymptomen können noch weitere Auffälligkeiten hinzukommen. In klinischen Stichproben zeigten sich hyperkinetische Störungen ohne komorbide Störungen eher als Ausnahme (Petermann 2000, 152). Fast 50% aller hyperaktiven Kinder zeigten in Untersuchungen gleichzeitig auch oppositionelles Verhalten, wie heftige Wutausbrüche, Tobsuchtsanfälle, tätliche Aggressionen.

30% - 50% der ADHS-Kinder weisen eine Störung des Sozialverhaltens mit aggressiven oder dissozialen Verhaltensauffälligkeiten (Petermann 2000, 153) auf. Hinzu kommt eine deutlich verminderte Frustrationstoleranz, die zu einer erhöhten Reizbarkeit führt (Spallek 2001, 26).

Kontaktschwierigkeiten sind eine weitere Folge, da ADHS-Kinder häufig nicht in der Lage sind, soziale Situationen adäquat einzuschätzen und ihr Verhalten darauf abzustimmen. In Untersuchungen wird weiterhin darauf hingewiesen, dass 15-20% der hyperkinetischen Kinder an depressiven Störungen und 25-40% an Angststörungen leiden (Petermann 2000, 154). Dies wird deutlich, wenn man bedenkt, dass diese Kinder häufig negative Rückmeldungen bekommen und sowohl in sozialen als auch in Leistungssituationen versagen. Ein gering entwickeltes Selbstbewusstsein ist die weitere Folge.

20 - 40% der ADHS-Kinder neigen zu schlechten Leistungen in der Schule. Teilleistungsschwächen sind nahezu immer konstatiert. Hinzu kommen Probleme im grob- und feinmotorischen Bereich sowie in der Koordination. Das Schriftbild ist häufig verkrampft, schnelle Ermüdungserscheinungen beim Schreiben sind die Regel. Problembereiche entstehen auch beim Zeichnen, Malen und bei Heftführungen. Tic-Störungen, Sprachstörungen und verzögerte Sprachentwicklungen sind ebenfalls diagnostiziert.

Eine eindeutige Determinierung der Ursachen für die Entstehung der ADHS gibt es bis heute nicht. Zwischen verschiedenen Fachdisziplinen gibt es erhebliche Diskrepanzen. Akzeptiert ist die Annahme eines multifaktoriellen Geschehens. Hier werden 4 Faktorenbereiche unterschieden, die hyperaktive Verhaltensauffälligkeiten verursachen oder begünstigen, nämlich organische, genetische, ökologische und psychosoziale.

Eine eingehende Erläuterung dieser Faktoren lässt sich im Rahmen dieses Artikels nicht befriedigend erreichen, so dass ich auf die Literatur im Anschluss verweise. Wichtig erscheint mir der Hinweis, dass nicht nur die Ursache für das Konstrukt ADHS ungeklärt ist. Schon die Diagnose ist eine sehr schwierige Angelegenheit, da ungefähr jedes zweite Kind vorübergehend an Konzentrationsschwäche, Nervosität, Schlafstörungen und Zappeligkeit leidet (Eisele 2002, 104).

4. Wie helfen Erwachsene?

In den vergangenen Jahren wurden auf verschiedenen Gebieten Hilfen entwickelt. In schulischen Kontexten wurden Unterrichtskonzepte entwickelt, die mit verschiedenen Herangehensweisen ADHS-Kinder besser schulisch betreuen wollten. Hier lassen sich erwähnen:

Das Reiz-Reduktions-Konzept nach Cruickshank
Das Konzept der optimalen Stimulierung nach Zentall
Das Konzept der integralen Komplettierung nach Vernooij.

Alle Konzepte konnten sich im schuli-schen Alltag auf breiter Basis nicht etablieren. Nach meiner Meinung hängt das mit der Komplexität der Störungsbilder zusammen, die keine methodische Starrheit zulässt.

In außerschulischen Kontexten entwickelten sich unterschiedliche Formen an Hilfsmaßnahmen, die wie folgt unterschieden werden können, deren Bewertung als Hilfsmöglichkeiten aber ebenfalls nicht möglich ist, da die Interventionen zu unterschiedlich sind und ein Vergleich schon durch interdisziplinäre Zugänge erschwert ist. Deutlich ist nur, dass es eine Vielzahl von therapeutischen, psychologischen, pädagogischen Hilfsangeboten gibt, die in Einzelfällen Wirkung erzielen können, aber in der Gesamtheit der Problematik nicht evaluierbar sind.

Eine Ausnahme bildet die Verabrei-chung von Psychostimulanzien, vornehmlich von Ritalin. Diese medikamentöse Behandlung findet zunehmend Anwendung in Deutschland. Sie ist die am meisten diskutierte Behandlungsform im ADHS-Bereich.

Von den ca. 330.000 hyperaktiven Kindern in Deutschland nehmen offiziell ca. 40.000 Kinder Psychostimulanzien ein (Eisele 2002, 102). Weitere Behandlungsformen finden sich mit Antidepressiva oder Neuroleptika, doch sind die Nebenwirkungen so umfangreich, dass vornehmlich Psychostimulanzien eingesetzt werden, z.B. Amphetamine, Methylphenidat und Pemoline (Spallek 2001).

Das am meisten verschriebene Medikament bei hyperaktiven Kindern ist das Psychopharmakon Methylphenidat, bekannt unter dem Namen Ritalin. Dieses Medikament ist seit 1954 als Wachmacher, Aufputscher und Appetitzügler für Erwachsene im Handel und seit 1971 für die Behandlung hyperaktiver Kinder freigegeben. Bei gesunden Menschen wirkt Ritalin in hochdosierter Form antriebssteigernd und führt zu Halluzinationen und überschwänglicher Euphorie, während hyperaktive Kinder durch Einnahme des Medikaments ruhiger werden. Es gibt mittlerweile mehr als 400 Untersuchungen über die kurzfristigen Auswirkungen von Ritalin, aber nur sehr wenige über Langzeitwirkungen dieses Medikaments (Freed, Parson 1997, 253).

Da Ritalin Methylphenidat enthält, fällt es in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz und darf vom Arzt nur auf Spezialrezept der Bundesopiumstelle verabreicht werden. Die Einnahme von Ritalin sollte theoretisch vom Arzt überwacht werden. Die Dosis ist abhängig von Alter, Größe, Gewicht, Puls und Blutdruck des Kindes und sollte theoretisch regelmäßig überprüft werden. Ferner sollten in 6-monatigen Abständen auch das Differentialblutbild und die Leber- und Nierenfunktion überwacht werden (Holowenko 1999, 72 - 73).

Der Wirkungsmechanismus von Ritalin ist derzeit noch umstritten. Ritalin bzw. Methylphenidat ist chemisch den Neurotransmittern Dopamin und Noradrenalin ähnlich. Diese Stoffe, die für die Reizweiterleitung verantwortlich sind, sollen im unreifen kindlichen Gehirn eines ADHS-Kindes nicht ausreichend vorhanden sein. Ritalin greift nun in dieses Stoffwechselungleichgewicht im Gehirn des Kindes ein, indem es die Freisetzung des Botenstoffs Dopamin in bestimmten Hirnregionen verstärkt. Die Folge ist, dass sich ein körpereigener Transmitterspiegel einstellt und die Geschwindigkeit der Reizweiterleitung zwischen den Nervenzellen erhöht wird. Der Hirnstoffwechsel kann sich somit normalisieren, das Kind wirkt wacher, weil es sich nicht mehr selbst durch eigene Bewegungen anregen muss, um aufnahmebereit zu sein. Das Medikament sorgt zudem für eine stärkere Versorgung des Energieträgers Glucose im Frontalhirn. Theoretisch und in beschriebenen Fällen können sich ADHS-Kinder nach Einnahme des Medikaments besser konzentrieren, sie erscheinen überlegter und kontrollierter. Es besteht die Möglichkeit deutlicher Verbesserungen im Schriftbild und in der Heftführung. Das impulsive Verhalten kann abnehmen, die Aufmerksamkeitsspanne und Merkfähigkeit kann zunehmen. Die Kinder können ruhiger werden, das Sozialverhalten kann günstig beeinflusst werden.

Nach Aussagen von Eltern, Erziehern und Lehrern wurden hyperaktive Kinder unter Medikamenteneinnahme "pflegeleichter", zeigten weniger Disziplinprobleme und waren allgemein umgänglicher (Lauth; Schlottke; Naumann 2001, 147). Auch wenn in Einzelfällen schulische Rückstände aufgeholt werden konnten, ist eine Leistungssteigerung mit Ritalin nicht grundsätzlich nachgewiesen. Bedenklich stimmen auch Aussagen, dass durch auftretende nachlassende Impulsivität betroffene Kinder weniger Kontakte aufnehmen und apathische Reaktionsmuster zeigen.

5. Zum Wohle des Kindes!?

Ob bei der Bewertung dieser chemischen Intervention das Kindeswohl im Vordergrund steht, ist eine Frage, die zunächst jeder mit sich selbst klären muss. Als individualpsychologischer Berater bin ich es gewohnt, Ambivalenzen zu analysieren. Daher gehe ich in dieser Frage auf die schädlichen Seiten ein, die durch das Medikament Ritalin entstehen können. Häufig beschriebene Nebenwirkungen sind Schlafstörungen, Appetitstörungen und Wachstumsverzögerungen. Gestörter Knochenstoffwechsel, verlangsamtes Wachstum von Nervenfasern, Ähnlichkeiten mit der Parkinsonerkrankung, die durch Einnahme von Ritalin Verdachtsmomente hervorrief, dass Kinder in späteren Jahren an Parkinson erkranken könnten, sind mögliche Begleiterscheinungen, die unterschiedlich bewertet werden und argumentativ Verwendung finden. Weitere mögliche Nebenwirkungen sind Übererregbarkeit, Müdigkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Schwindel, Durchfall, Bauch- und Kopfschmerzen, motorische und vokale Tics u.a.m. (Döpfner; Schürmann; Lehmkuhl 2000, 88).

Eine sehr strittige Diskussion ist seit mehreren Jahren darüber entstanden, ob Ritalin Kinder süchtig mache. Viele medizinische Untersuchungen wollen belegen, dass die Verabreichung des Medikaments keinerlei suchtmachende Entwicklungen einleite. Grundsätzlich wird eine körperliche Abhängigkeit ausgeschlossen; allerdings habe ich erhebliche Zweifel, ob die Gefahr psychischer Abhängigkeit überhaupt prognostizierbar ist. Deutlich muss bemerkt werden, dass es keine sicheren Prognosen gibt, zumal eine langfristig untersuchte Suchtentstehung schon zeitlich bislang nicht realisierbar war. Dass mit Ritalin an amerikanischen und mittlerweile auch an deutschen Schulen, illegal als Droge, gehandelt wird, ist nachweisbar.

Das Wohl des Kindes steht im Zentrum jeder Intervention der ADHS. Das bestätigen die Eltern, die Kinderärzte, die Psychiater, die Psychologen, die Lehrer, die Erzieher, die Jugendamtsmitarbeiter, die Therapeuten. Erwachsene entscheiden in einer sehr schwierigen Situation über das Befinden, über das Verhalten und über körperliche Folgen einer Intervention, die eine sogenannte Krankheit in ihren Auswirkungen lindern soll.

Die Frage, die sich stellt, ist allerdings sehr einfach: Wieso spricht man von einem ausschließlich medizinischen Problem? Allein die Feststellung, ADHS sei eine Krankheit, ist eine ungeheuerliche Begriffsfestsetzung, die schon dadurch in Frage gestellt werden kann, dass es keine ergiebige Diagnostik gibt, die ADHS mit Sicherheit begründet. Ferner sind körperliche und psychische Auffälligkeiten nicht von vorne herein am Individuum als Folge von Ritalin festzumachen. Sie können auch Folge der Entwicklungsmöglichkeiten und von Lebensumständen sein, die sich diesen Kindern bieten. Die Komplexität der kindlichen Reaktionsmuster ist nicht einseitig zu analysieren und zu bewerten. Vielmehr müssen die gesamte Lebenssituation und das Umfeld des betroffenen Kindes berücksichtigt werden.

Jedenfalls reagieren Kinder lernend: Mit Hilfe einer Psychostimulanz werden alle Beteiligten, oberflächlich gesehen, ruhiger, ausgeglichener, glücklicher. Das scheint in unsere Zeit zu passen, die durch kommunikative Schnelllebigkeit, schnelles Verdrängen beunruhigender Informationen und den Mangel an verstehensrelevanten Zusammenhängen gekennzeichnet ist. Auch Auffälligkeiten und Störungen werden zunehmend schnell prognostiziert, schnell behandelt und damit abgetan. Bleibt Zeit, nachzufragen, zu reflektieren, gemeinsam Lösungen zu suchen, auch wenn das mühsamer als das schnelle Mittel ist? Kinder können sehr schnell Sand im Getriebe sein. Haben sie nicht auch das Recht dazu? Sie jedenfalls sind oft noch in der Lage, alles in Frage zu stellen! ADHS ist keine klar formulierte Krankheit. ADHS ist auch keine versteckte Rebellion der nachfolgenden Generation. ADHS ist eine Symptomvielfalt, die im Einzelfall und in ihrer Gesamtheit ausschließlich unter Einbeziehung aller Beteiligten in komplexen Analysen und Aufarbeitungen bearbeitet werden könnte.

Das klingt nach Überlastung, Überforderung, nicht lösbaren Zeitproblemen. Eigentlich geht es nur darum, dem jeweiligen Kind seine Zeit und seinen Raum zuzugestehen, sein Reaktionsmuster zu würdigen. Diese Zeit muss sein, zum Wohle des Kindes!

6. Forderung nach einer Entwicklung zum (Mit)Menschen!

Die Konflikte aller Beteiligten im Zusammenhang mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung sind deutlich und müssen auf allen Ebenen gewürdigt werden:

Das betroffene Kind muss gesehen werden, in seiner Gefühls- und Lebenslage.

Die Eltern müssen in ihrer teilweise dramatischen Lage gesehen werden. Oft können sie ihren Lebensablauf nicht mehr bewältigen, die Probleme nicht mehr ertragen.

Die Ärzte sind Gefangene ihres rigiden, monetären Abrechnungssystems, und verabreichen infolge des häufig entstehenden elterlichen Drucks Medikamente.

Die Lehrer können in ihrer alltäglichen Überbelastung solche Kinder kaum ertragen, geschweige denn adäquat intervenieren, da sie keine spezifischen Hilfen studieren konnten.

Die Fachleute in Heimen, Tagesbetreuungen, Jugendämtern nehmen wahr, dass nach Einnahme von Ritalin Abläufe einfacher gestaltet werden können.

Die Pharmaindustrie ist überzeugt, Kindern zu helfen.

Viele Beteiligte, die Gründe haben, Hilfen einzufordern. Alle haben das Wohl des Kindes im Auge. Und trotzdem muss gefragt werden, warum die beteiligten Menschen sich zu Gefangenen ihres Systems machen und darüber hinaus mögliche Gefährdungen der Kinder durch die Nebenwirkungen in Kauf nehmen? Ist nicht jedes Kind es wert, dass die Gesamtheit in Frage gestellt wird? Sind wir schon, wie Ivan Illich es formulierte, unserer Freiheit und Fähigkeit beraubt, autonom zu handeln, schöpferisch zu leben und sind wir nur noch beschränkt aufs Überleben im Kreislauf der Marktbeziehungen?

Nicht nur der Einzelne erlebt die Ohnmacht heutiger Zeit, auch die Familie, die Schule, die Führungspersonlichkeiten usw. Wir berauben uns unserer Gemeinschaft, unserer gesellschaftlichen Perspektiven, wenn wir Kindern chemische Lösungsmöglichkeiten für Auffälligkeiten anbieten. Alfred Adler verwies schon 1933 darauf, dass der wahre Sinn des Lebens sich nur in der Gemeinschaft, gemeinsam mit anderen, erfüllen lässt, d.h. aber auch, dass der Einzelne fähig und bereit sein muss, sich anderen anzuschließen, mitzuleben, Kamerad, Freund, Mitspieler zu sein, er muss sich zum Mitmenschen entwickeln (Adler, 1973).

Diese Aufgaben müssen zunächst die Erwachsenen lösen, indem sie Mitmenschen sind, die Kindern den Raum und die Zeit dazu geben, ihre Probleme zu bearbeiten, auch bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)!

Karl-Heinz Schäfer

Literatur

Adler, A.: Der Sinn des Lebens. Frankfurt 1973.

Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G.: Hyperkinetische Störungen. Göttingen 2000.

Döpfner, M., Schürmann, S., Lehmkuhl, G.: Wackelpeter und Trotzkopf. Göttingen 2000.

Eisele, P.: ADS (noch unveröffentlichte Promotionsarbeit). 2002

Fitzner, T., Stark, W.: (Hg.). ADS. Stuttgart 2000.

Freed, J., Parson, L.: Zappelphilipp und Störenfrieda lernen anders. Frankfurt 1997.

Freire, P.: Pädagogik der Unterdrückten. Reinbek 1984.

Högl, B.: Störfälle? München 2001.

Holowenko, H.: Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Weinheim 1999.

Illich, I.: Fortschrittsmythen. Reinbek 1983.

Lauth, G., Schlotke, P., Naumann, K.: Rastlose Kinder, ratlose Eltern. München 2001.

Petermann, F.: Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen 2000.

Spallek, R.: Aufmerksamkeitsdefizit Syndrom. Düsseldorf 2001.