

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

ABGELENKT

Leben mit ADHS



Ausführlich: Abgelenkt, unruhig, impulsiv

Verständlich: Was passiert im Kopf?

Menschlich: Zwischen Alltag und Stress



Titelmotiv: Jordi B. Zambrino
 23 Jahre, Studium Psychologie (B. Sc.) in Nijmegen, Niederlande, wohnt seit 2020 in Hamburg. Kam über seine Leidenschaft für Graffiti zurück zum Zeichnen. Das macht er unter anderem auf Papier, Sneakers und zahlreichen weiteren Materialien, die ihm in die Hände gelangen.

In diesem Heft –

– Auftakt

Lob

Bewegungsdrang

zappelig

Methylphenidat

annehmen

strukturieren

tolerieren

Syndromkomplex

impulsiv

Eltern

Zuwendung

Neurotransmitter

abgelenkt

verträumt

Abgelenkt.

Leben mit ADHS

- 4_ 6 Mythen über ADHS
- 6_ Abgelenkt, unruhig, impulsiv
- 12_ Zahlen, Daten, Fakten
- 13_ Die typischen Symptome
- 14_ Interview: Was passiert im Kopf?
- 16_ Der lange Weg zur Anerkennung
- 18_ Lernen? Aber gerne!
- 21_ Die medikamentöse Behandlung
- 22_ Interview: Diagnose ADHS?
- 24_ Daheim statt in der Klinik
- 26_ Die gefährliche Suche nach Normalität
- 29_ Zwischen Alltag und Stress
- 32_ Lernen, loszulassen
- 34_ Sich einmal drei Stunden konzentrieren können...
- 37_ ADHS und Ernährung
- 38_ Literatur- und Filmempfehlungen
- 40_ Information, Beratung und Kontakt
- 42_ Übrigens
- 43_ Gewinnspiel, Impressum



6_ Abgelenkt, unruhig, impulsiv
 ADHS beeinflusst das gesamte Leben: Einführung in ein vielschichtiges Störungsbild.

Wenn von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gesprochen wird, denkt man meistens an ein nicht zu bändigendes Kind, einen nervenden Zappelphilipp. Dass von dieser Hirnreifungsstörung Betroffene auch oft in der Jugend und zum Teil noch im Erwachsenenalter darunter leiden, wissen viele nicht. Auch, weil dann weniger wird, was im Umfeld – in der Schule, unter Freunden, beim Arbeitgeber – in der Regel am meisten stresst: das Hyperaktive. Konzentrationsschwäche und Ablenkbarkeit bleiben aber oft – und erschweren weiterhin den Alltag.

Menschen mit ADHS gibt es viele, ist es doch die häufigste psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter. Die Vorbehalte dagegen sind fast ebenso zahlreich: Für die einen ist ADHS eine Erfindung der Pharmakonzerne, sind die Symptome überdiagnostiziert und die Kinder nur falsch erzogen. Für andere sind die superaktiven Kids pädagogisch ein Desaster, für die Gemeinschaft störend und dringend medikamentös zu zähmen. Für die Behandelnden im ZfP Südwürttemberg sind sie Alltag und Herausforderung zugleich, und in jedem einzelnen Fall es wert, sie bestmöglich zu behandeln.

Dieses Heft soll, wenn vielleicht nicht alle, so doch die meisten der zahlreichen Facetten dieses Störungsbilds aufzeigen und im Sinne der Betroffenen darüber informieren. Den Leserinnen und Lesern wird dabei abverlangt, was ADHSLern bekanntlich eher schwer fällt: Konzentration, Ruhe und Aufmerksamkeit – aber es lohnt sich.

Stefan Angele

Stefan Angele



14_ Interview: Was passiert im Kopf?
 Eine Entwicklungsstörung des Gehirns: ADHS aus neurologischer Perspektive.

29_ Zwischen Alltag und Stress
 Wolken- und Sonnentage: Einblicke in das Familienleben mit ADHS-Kindern.



6 Mythen über ADHS

ADHS ist eine Erfindung der Pharmaindustrie.

ADHS ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eigenständige psychische Erkrankung anerkannt. Die Zahl der Menschen, bei denen ADHS festgestellt wurde, ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Die Störung wird aber nicht – als eine Art „Modekrankheit“ – leichtfertig diagnostiziert, sondern immer bewusster auch in der Öffentlichkeit wahrgenommen und somit eher erkannt.

ADHS kann nicht sicher diagnostiziert werden.

ADHS wird mithilfe festgelegter Untersuchungsmethoden diagnostiziert. Dazu zählen unter anderem eine ausführliche Anamnese, eine klinische Untersuchung, Fragebogenverfahren und eine Verhaltensbeobachtung. Außerdem werden andere Erkrankungen ausgeschlossen, die eine ähnliche Symptomatik hervorrufen können, und es wird geprüft, ob Begleiterkrankungen vorliegen.

ADHS wird durch äußere Faktoren ausgelöst.

ADHS entsteht vor allem aufgrund genetischer Veranlagung. Umweltfaktoren und Begleiterkrankungen können die Symptome aber verstärken. Umgekehrt kann eine positive Veränderung des Umfelds die Symptome auch abmildern. Eine ADHS ist dadurch aber nicht aufhebbar.

ADHS ist ein Erziehungsproblem.

Erziehungsprobleme kommen in fast jeder Familie vor. Liegt bei einem Familienmitglied eine ADHS vor, treten diese meistens verstärkt auf. Oft ist zusätzlich mindestens ein Elternteil selbst von ADHS betroffen, was die Problematik des Kindes verstärken kann. Erziehungsprobleme und ADHS sind aber nicht ursächlich miteinander verknüpft.

Medikamente bringen bei ADHS nichts.

Bei ADHS ist das Gleichgewicht der Botenstoffe, insbesondere Dopamin und Noradrenalin, im Gehirn verändert. Die hilfreiche Wirkung spezieller Medikamente hierauf ist durch zahlreiche Studien belegt. Auch die Überlegenheit einer medikamentösen Behandlung gegenüber anderen Therapieansätzen konnte nachgewiesen werden, diese sollte aber therapeutisch unterstützt und durch den Einbezug der Eltern flankiert werden.

ADHS wächst sich aus.

Untersuchungen legen nahe, dass ADHS bei rund 50 Prozent der Betroffenen auch im Erwachsenenalter weiterhin besteht. Auffällig ist, dass die Symptome sich verändern können: Der im Kindesalter meist sehr starke Bewegungsdrang weicht häufig einer inneren Unruhe. Viele Betroffene entwickeln außerdem mit der Zeit Strategien, um mit ihren Symptomen im Alltag besser klarzukommen.

ABGELENKT.

Unruhig. Impulsiv.

Ablenkung: Oft suchen wir sie, als Ausgleich, zum Spaß, zur Erholung vom Alltagsstress. Was aber, wenn das Abgelenktsein permanent ist. Wenn alles um einen herum gleich wichtig erscheint und als Dauerfeuer der Sinne Unruhe und Frust auslöst – und damit selbst zum Stress wird? Ein Überblick.

Bei ADHS geht schon mal der Fokus verloren.



Betroffene Kinder benötigen verlässliche Regeln und klare Strukturen.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, ist die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter. Sie setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: der Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit, einer allgemeinen motorischen Unruhe sowie mangelnder emotionaler und kognitiver Impulskontrolle. „Früher waren das die superaktiven Kinder. Bis vor etwa 30 Jahren wurde ADHS als Syndromkomplex nicht (an-)erkannt“, sagt Prof. Dr. Isabel Böge, Ärztliche Leiterin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des ZfP Südwürttemberg in Weissenau. „Erst 1979 wird das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters erstmals als eigenständiges Krankheitsbild benannt.“

ADHS-Erkrankte fallen in der Regel früh auf, oft sind sie bereits im Kindergarten schwierig, zeigen sich impulsiv, haben geringe Aufmerksamkeitsspannen, stören den Ablauf. Dabei werde ADHS aber auch verwechselt mit anderen Störungen. „Eltern gehen zum Kinderarzt und sagen: Mein Kind kann sich nicht konzentrieren, und erhalten nicht selten als schnelle Lösung direkt ein Medikament gegen ADHS, ohne dass vorher eine ausführliche kinderpsychiatrische Diagnostik stattfindet“, beschreibt Böge. Die spezifische Diagnostik ist dabei eigentlich nicht schwierig: Sie besteht aus einem Patienten- und Elterngespräch, dem Einholen einer Fremdanamnese zum Beispiel in Form einer Rücksprache mit dem Kindergarten oder der Schule, sowie mehreren standardisierten Fragebögen. „Hat ein Kind eine ausgeprägte ADHS, ist es in der Regel in allen drei Bereichen auffällig.“

» Gerade bei ruhigen Mädchen wird ADS oft nicht erkannt. «

Probleme in der Schule

Meistens wird das Störungsbild mit Beginn der Schule zunehmend augenfällig, zuhören, stillsitzen und sich konzentrieren fällt schwer. Dabei gibt es zwei Varianten dieser Störung: ADHS, welche mehr über Sitzunruhe, Impulsivität und Konzentrationsstörungen auffällt, und ADS, bei der das Aufmerksamkeitsdefizit im Vordergrund steht. Dies sind ruhigere Kinder, die immer abwesend in die Luft schauen, weswegen dieser Subtyp auch Träumerchen-ADS genannt wird. Auf ein Mädchen mit diagnostizierter ADHS kommen etwa sechs Jungen, und drei bei der Variante ohne Hyperaktivität. „Gerade bei ruhigen Mädchen wird ADS oft nicht erkannt.“ „Ursächlich geht man in erster Linie von einer Hirnreifungsstörung aus“, erklärt Böge. „Deshalb ist bei ausgeprägten Formen auch eine Medikation nötig. Das Neurotransmitter-Defizit muss an

den Rezeptoren ausgeglichen werden, damit diese Kinder eine Steuerungs- und Konzentrationsfähigkeit erlangen können.“ Dies sei ebenfalls der Grund, warum ADHS eine Chance hat, sich auszuwachsen. „Manche Eltern von ADHS-Kindern sehnen deswegen fast eher die Pubertät herbei, obwohl diese ja sonst eher gefürchtet wird, weil dann Chancen bestehen, dass die Hyperaktivität nachlässt.“

Regeln und Strukturen

Auch psychosoziale Komponenten spielen bei der Behandlung von ADHS eine Rolle. Neben einer gut eingestellten Medikation helfen klare Regeln und Strukturen. Wenn die Eltern dem Kind ganz klare Aufgaben geben, dafür sorgen, dass sie seine Aufmerksamkeit haben, die richtige Ansprache finden und das Kind nicht über- oder unterfordern, kann sehr viel auch ohne Medikamente gesteuert werden. Böge: „Leider ist eine solche Strukturiertheit nicht in jeder Familie vorhanden, manchmal hat ein Elternteil selbst eine ADHS oder beide Elternteile sind beruflich sehr eingespannt. Dann mangelt es zum Teil an der Kontinuität der Vorgaben.“ Zwei bis sechs Prozent der Kinder in Deutschland werden mit einer ADHS diagnostiziert. Der Blick hierfür hat sich bei Ärzt*innen und Lehrer*innen geschärft: Bei sechs von zehn Kindern, die mit der entsprechenden Fragestellung zum Arzt gehen, wird dann auch tatsächlich eine ADHS festgestellt. „Bei uns auf der Kinder-



Aufspielerische Weise gelingt der Austausch mit den Kindern.



ABGELENKT.

Unruhig. Impulsiv.



In der Mototherapie wird der Bewegungsdrang in kontrollierte Bahnen gelenkt.

station in Weissenau hat gut ein Drittel der Patienten eine ADHS-Problematik. Meistens sind dies Kinder mit einem stark ausgeprägten, schwer einstellbaren ADHS, die schon viele Ärzte und viele Medikamente durchlaufen haben, bis dann als letzte Möglichkeit eine stationäre Aufnahme erfolgt“, schildert Böge die Situation. „In der Regel fangen wir dann nochmal von vorne an, setzen die Medikation erst einmal komplett ab, um zu schauen: Welche Symptome einer ADHS liegen denn nun tatsächlich vor?“

Aus Sicht der erfahrenen Ärztin hat etwa die Hälfte der Kinder, die beim ZfP mit einer behandelten ADHS vorstellig werden, dann doch keine. Gerne werden Bindungsstörungen des Kindesalters, Depressionen mit Konzentrationsstörungen oder aber

» —————
 Hat das Kind eine wirkliche ADHS, schlagen die Medikamente fast immer gut an.
 ————— «

Störungen des Sozialverhaltens mit ADHS verwechselt. „Eine fehlende gründliche Diagnostik im Vorfeld kann so leider auch zu einer jahrelangen ineffektiven Medikation führen – mit viel Frust auf allen Seiten.“ Wenngleich kein diagnostisches Kriterium, so aber doch in einigen Fällen ein guter Indikator sei hierbei die Medikation: „Hat das Kind eine wirkliche ADHS, schlagen die Medikamente fast immer gut an.“



Prof. Dr. Isabel Böge
 ist Ärztliche Leiterin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des ZfP Südwestfalen in Weissenau. Die 51-Jährige ist seit 2005 in leitender Funktion im ZfP tätig. Ein Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit stellt die stations- äquivalente Behandlung (StäB) dar.

Vier Säulen der Behandlung

Eine „einfache“ ADHS wird in den meisten Fällen weder in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) noch stationär oder via stationsäquivalenter Behandlung (StäB) behandelt. „Wir überweisen diese Kinder an die ambulanten Kollegen, empfehlen ein Lerntraining und eine Elternschulung sowie – insofern nötig – eine medikamentöse Einstellung“, erklärt Böge. „Bei uns in der PIA landen meistens eher jene Fälle, bei denen der Kinderarzt schon nicht mehr recht weiß, was er noch tun kann.“ Bei diesen Kindern müsse stets abgewogen werden, ob eine stationäre Aufnahme wirklich zielführend ist: „Da die Eltern immer auch ein Regulativ für Verhaltensweisen im elterlichen Umfeld darstellen und deswegen eng in die Behandlung mit- einbezogen werden müssen, würde ich bei gut strukturierten Eltern und klarer Diagnose immer eine Behandlung zu Hause vorziehen. Sind aber noch klinische Fragen offen und die familiäre Situation schwierig, ist eher eine stationäre Behandlung indiziert, da die Beobachtungen von Verhaltensweisen auf Station für die Auswahl von Medikation und Behandlung entscheidend sein können.“

Bei der stationsäquivalenten Behandlung oder in der Tagesklinik können Eltern viel besser in die Behandlung miteinbezogen werden. Dies ist enorm wichtig für den Behandlungserfolg. Dabei gilt: Je kompetenter die Eltern werden, desto besser. Böge: „Vermittlung von Wissen für den spezifischen Umgang mit einzelnen Situationen, egal ob es um die Hausaufgaben geht oder den Streit mit den Geschwistern, um impulsive Wutausbrüche oder Verzweiflung wegen erneuten Misserfolgs, ist essenziell wichtig. Wir erleben es immer wieder, dass die Eltern extrem dankbar sind für schon kleinste Hinweise und Tipps, wie es besser gehen könnte.“ Dabei ist eine Spiegelung des eigenen elterlichen Verhaltens mit gemeinsamem Erarbeiten von alternativen Verhaltensweisen oft das Mittel der Wahl. So wird in der Tagesklinik unter anderem mit Video-Analysen gearbeitet, um etwa die Selbstwahrnehmung und die Situationseinschätzung der Eltern zu verbessern.

Überwiegend ambulante Unterstützung

Neben der pädagogisch-therapeutischen Unterstützung des Kindes und der Einbindung der Erziehungsberechtigten ist der Einbezug der Schule eine weitere wichtige Säule bei der Behandlung von ADHS. „Dieser geht bei der StäB so weit, dass sich unsere Mitarbeitenden mit in den Unterricht setzen und schauen, welche konkreten Tipps der Lehrerin oder dem Lehrer gegeben werden können“, führt Böge weiter aus. „ADHS ist in der Behandlung meistens relativ arztlastig, weil die Medikation als vierte Säule der Behandlung stets mitgedacht werden muss. Deswegen ist der Arzt, und wenn aus der Ferne, immer mit beteiligt. Die Elternberatung übernehmen aber unsere Fachpflegenden für Kinder- und Jugendpsychiatrie und unsere Psychologen.“

Wo irgend möglich, versucht man ohne Medikation auszukommen und allein mit pädagogischen und therapeutischen Methoden gute Ergebnisse zu erzielen. Ist dies nicht ausreichend, da einzelne Symptome sehr stark ausgeprägt sind, kommen Medikamente zum Einsatz. Auch heute noch ist Methylphenidat das Mittel der ersten Wahl, es führt bei 80 Prozent der Kinder mit ADHS auch zur Besserung der Symptomatik. Weitere Wirkstoffe, die eingesetzt werden können, sind etwa Lisdexamfetamin, Atomoxetin und Guanfacin.

Wohlüberlegter Einsatz

„Grundsätzlich wird versucht, so spät wie möglich aber letztendlich auch so früh wie nötig, mit der Medikation anzusetzen, da regelmäßige soziale als auch leistungsmäßige Misserfolge, wie bei einer unbehandelten ADHS durchaus möglich, keinem Kind im Selbstverständnis gut tun.“ Die Notwendigkeit einer fortgesetzten Medikation sollte dabei regelmäßig überprüft werden, indem man einmal pro Jahr – bevorzugt in den Sommerferien – einen Auslassversuch der bestehenden Medikation unternimmt. „Dadurch kontrollieren wir regelmäßig, ob die diese noch notwendig sind.“

Nicht retardiertes Methylphenidat, welches als Stimulanz bei drogensüchtigen Patient*innen auch für den „Kick“ konsumiert werden kann, hat einen Schwarzmarkt, weswegen es Drogen konsumierenden Jugendlichen ärztlich nur in Einzelfällen verschrieben wird. Befürchtungen, wonach die eingesetzten Medikamente generell Abhängigkeiten auslösen, gilt es aus Böges Sicht aber zu entkräften: „Die Wirkstoffe selbst machen nicht abhängig. Allerdings haben ADHS-Betroffene eine erhöhte Suchtneigung gegenüber anderen Stoffen, wenn sie nach Absetzen der



Im Lerntaining wird erarbeitet, wie sich die Kinder Auszeiten nehmen können.

Titelthema _

Medikation beispielsweise weiter eine innere Unruhe verspüren und sich deshalb schneller mal mit Cannabis einer Art Selbstmedikation unterziehen.“

Ein wichtiger Faktor für eine gelingende Behandlung ist aus Böges Sicht die Multi-professionalität der behandelnden Akteure sowie der pädagogische Ansatz. Es gilt, den Kindern auf spielerische Weise beizubringen, wie sie etwa Lernpausen gestalten oder den Unterricht strukturieren können. Ein weiterer Aspekt pflegerisch-pädagogischer Arbeit ist es, den Kindern verständlich zu machen, warum ihr Verhalten zu Ärger und Zurückweisung führen kann. Böge: „Wenn die Kinder verstehen, was sie anders machen können, bleiben sie handlungsfähig. Alternative Verhaltensweisen zu erlernen, kostet aber Zeit, Ausdauer und Kontinuität der rückmeldenden Bezugsperson. Hierfür sind manchmal auch intensivere Settings wie StäB von Vorteil, da dann an den Problemfeldern im Alltag verstärkt gearbeitet werden kann.“

» ADHS wird immer noch als klassische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose geführt. «

Probleme im Erwachsenenleben

ADHS ist keineswegs ausschließlich ein Thema der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Bei ungefähr 15 bis 20 Prozent der Betroffenen verwächst es sich eben dann doch nicht im Laufe der Pubertät.“ Böges Erfahrungen nach ist die Symptomatik im Erwachsenenalter meistens allerdings nicht mehr so gravierend wie im Kindes- und Jugendalter. „Das Problem ist aber, dass es im Erwachsenenbereich bezüglich ADHS weniger routiniertes Wissen gibt beziehungsweise die Wege zu entsprechenden Experten zum Teil sehr weit sind“, erläutert die Ärztin weiter. „ADHS wird immer noch als klassische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose geführt.“

Dies sei unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Auswirkungen bei erwachsenen ADHSlern oft nicht mehr primär das Problem sind, weswegen bei jenen, die sich in Behandlung begeben, die ADHS oft übersehen wird, sodass der Fokus der Psychiater*innen oftmals zunächst eher auf anderen Symptomen liegt. Böge: „Zum Beispiel kommen solche Patienten dann mit einer Depression, weil sie nirgendwo zurechtkommen.“ Die Hyperaktivität ist nicht mehr so sichtbar ausgeprägt, weicht bei Erwachsenen eher einer inneren Unruhe, aber allein Konzentrationsstörungen und Impulsivität können vielerlei Probleme verursachen: etwa in der Beziehung, bei der Kindererziehung oder bei der Arbeit.

Deshalb sei es auch enorm wichtig, diejenigen beim Einstieg ins Berufsleben zu unterstützen und zu begleiten, bei denen es sich nicht verwächst. „Dieser Übergang ist sehr kritisch, weil zu viele Entwicklungsschritte auf einmal kommen“, erklärt Böge. „Man soll neben den Symptomen der ADHS, die für sich allein schon schwierig sind, erwachsen sein und selbständig einen eigenständigen Alltag organisieren.“

Zudem wird man nicht mehr als Kind, sondern als junger Erwachsener wahrgenommen, der sein Leben gefälligt im Griff zu haben hat.“ Dabei sei dann die Gefahr groß, dass psychische Folgeerkrankungen entstehen, weil Betroffene das Gefühl haben, nichts richtig machen zu können. Und das in einer Phase ihres Lebens, in der ohnehin alles in Frage gestellt wird.

ADHS in der Schule

Toleranz in der Schule, als einem der zwei Hauptlebensumfelder von Kindern, ist für ein Kind mit ADHS essenziell. Aber das ist nicht so einfach, bei großen Klassen, komplexen Schülern und den zu erfüllenden Leistungen. „Bei den Schulen erlebe ich in den vergangenen 15 Jahren zunehmend schneller einen Wunsch nach einer medikamentösen Einstellung der Kinder und Jugendlichen, weil sie im Unterrichtsalltag sonst nicht funktionieren.“ Dies kann Böge zufolge unter anderem daran liegen, dass sich das System Schule verändert hat: Gewisse Bereiche sind leistungsorientierter geworden, Respekt wird den Lehrern nicht mehr so automatisch gezollt, Klassenzusammensetzungen sind herausfordernder.

ADHS-Kinder sind zumeist normal intelligent, könnten also leisten, scheitern aber nicht selten daran, dass die ADHS ihre Leistungsfähigkeit einschränkt. „Sie müssen sich das so vorstellen: Schon in einer Gesprächssituation mit nur zwei Personen in einem Raum bekommt man

_ Titelthema

mit ADHS das Hundertfache an Information. Die Kinder nehmen so viele Reize parallel und ungefiltert wahr, dass sie nach ein, zwei Schulstunden richtiggehend erschöpft sind und die Konzentration nicht mehr halten können.“

Eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken, sind Auszeiten, die den Kindern den notwendigen Raum geben, sich kurz zu sammeln. Wie der Umgang mit ADHSlern an der jeweiligen Schule konkret bewerkstelligt wird, hänge stark von den Lehrenden ab. Böge: „Manche gehen fantastisch gut damit um und greifen unsere Anregungen auf, andere finden es einfach nur anstrengend und möchten am liebsten, dass das Kind aus der Klasse genommen wird.“ In der Klinikschule in Weissenau werden die stationär am Standort aufgenommenen Kinder unterrichtet. Unter anderem wird dort erarbeitet, wie sie sich im Unterricht angemessen beteiligen können und welche Strategien es gibt, um die Aufmerksamkeit zu halten.

Kinder tolerieren Kinder

Kinder untereinander tolerieren sich in der Regel: „ADHSler finden durchaus Anschluss. Gerade weil viele von ihnen ja nicht nur ADHS haben, sondern kreative, charismatische, nette und eben nur lebhaftere Kinder sind. Und so werden sie trotz des Chaos, das manchmal um sie herum herrscht, mitgetragen in der Kindergruppe.“ Unter Stress stehen oftmals die Eltern, wenn der soziale Druck von außen kommt und der Vorwurf lautet: Ihr könnt nicht erziehen, ihr kriegt das nicht hin! „Es sind oft sehr bemühte Kinder, die immer wieder an sich selbst scheitern, dabei wollen sie doch auch nur mal etwas recht machen können.“ Deshalb sei eine positive Ansprache mit häufigem Lob eine zentrale Komponente im Umgang mit ADHS-Kindern, die natürlich nicht immer leicht falle. Doch es gebe kein Kind, das man nicht auch immer mal wieder loben kann; man müsse nur daran denken. Wenn hingegen zu sehr geschimpft wird, könnten sich zusätzlich aggressive oder depressive Tendenzen entwickeln. „Und das gilt es zu vermeiden.“

Text: Stefan Angele
Fotos: Stefan Angele, Ernst Fessler

glossar

Was genau bedeutet eigentlich ...

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS):

Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend bis teilweise ins Erwachsenenalter. Äußert sich durch Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulsivität und körperliche Unruhe (Hyperaktivität).

Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS):

Ähneln in der Symptomatik der ADHS, zeichnet sich aber durch das Fehlen der hyperaktiven Komponente aus. Betroffene neigen zur Verträumtheit, sind ruhiger und fallen daher weniger als störend auf.

Methylphenidat

Arzneistoff aus der Gruppe der Phenylethylamine, ähnelt strukturell den Amphetaminen. Besitzt eine stimulierende Wirkung und wird hauptsächlich bei ADHS/ADS, seltener bei Narkolepsie eingesetzt. In Deutschland als verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel eingestuft.

Darf's mehr sein?



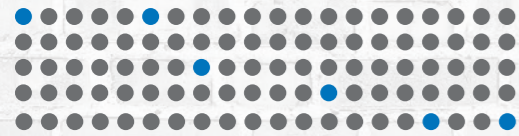
Beim Besuch der Kinderstation in Weissenau haben wir mit dem Psychologen Christoph Möhrle über Kinder mit ADHS gesprochen.



Youtube Stichworte: Facetten bewegt, ADHS, Kinderstation

Zahlen, Daten, Fakten.

Laut Bundesgesundheitsministerium wird in Deutschland bei **zwei bis sechs Prozent** aller Kinder und Jugendlichen ADHS diagnostiziert.



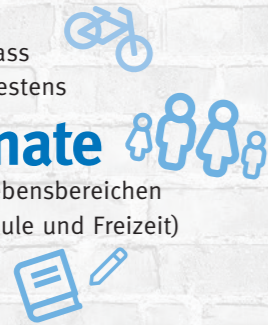
ADHS und auch ADS können häufig mit anderen psychischen Auffälligkeiten einhergehen, unter anderem mit einer

Lese-Rechtschreib-Schwäche und **Legasthenie**.

Etwa **50 Prozent** der Betroffenen haben Teilsymptomatiken, die bis ins Erwachsenenalter hineinreichen.



Bei der Diagnose gilt, dass die Auffälligkeiten mindestens **sechs Monate** und in verschiedenen Lebensbereichen des Kindes (Familie, Schule und Freizeit) auftreten müssen.



Die Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde 1987 im DSM-III-R aufgenommen. Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) spielt eine zentrale Rolle bei der **Definition und Diagnostik** von psychischen Erkrankungen und wird seit 1952 von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft herausgegeben.

Als Hauptsymptome gelten

HYPERAKTIVITÄT übersteigerter Bewegungsdrang

UNAUFMERKSAMKEIT gestörte Konzentrationsfähigkeit und

IMPULSIVITÄT unüberlegtes Handeln.



häufigsten psychischen Störungen

ADHS gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Laut Journal of Health Monitoring 2018 waren 2,3 Prozent der betroffenen Mädchen und 6,5 Prozent Jungen. Jungen erhalten somit mehr als doppelt so häufig die Diagnose ADHS.

Die typischen Symptome

AD(H)S beeinträchtigt das Leben der Betroffenen auf vielfältige Art und Weise: eine Übersicht über die Leitsymptome dieses Störungsbildes.

ADHS

Aufmerksamkeitsstörung

ADHS-Betroffenen fällt es schwer, sich dauerhaft zu konzentrieren und an einer Sache dran zu bleiben. Von Umgebungsreizen und Gedanken lassen sie sich leicht ablenken.

Hyperaktivität

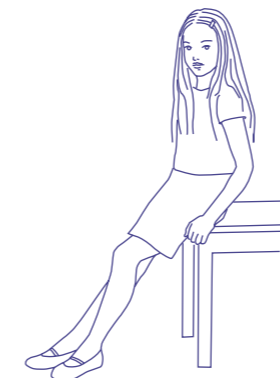
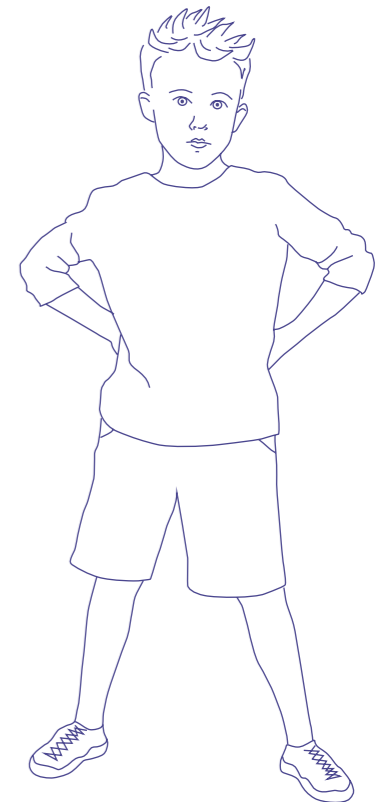
Betroffene zappeln herum, stören und unterbrechen andere, sie können nicht sitzen bleiben und es nicht erwarten, bis sie im Unterricht drankommen. Bei Erwachsenen weicht das hyperaktive Verhalten zumeist einer inneren Unruhe.

Impulsivität

Wer an ADHS leidet, handelt oft, ohne über die Folgen nachzudenken, ist risikofreudig und neigt zu spontanen Wutausbrüchen.

Begleitstörungen

Stimmungsschwankungen, Desorganisiertheit sowie verminderte Gefühlskontrolle und Stresstoleranz sind typische Begleitstörungen bei ADHS, zum Teil kommen weitere Symptome wie Vergesslichkeit, Ungeduld oder eine Suchttendenz hinzu.



ADS

Eine **Aufmerksamkeitsdefizitstörung** bringt ähnliche Symptome mit sich wie eine ADHS, allerdings ohne den hyperaktiven Anteil. Betroffene werden zumeist als verträumt, trödelnd und schusselig erlebt, sie neigen zu Schüchternheit und Introvertiertheit.

Was passiert im Kopf?

Das menschliche Gehirn ist ein komplexes Stellwerk, das unsere Wahrnehmungen verarbeitet, unsere Bewegungen lenkt und die Entwicklung von Gefühlen, Intelligenz und Persönlichkeit ermöglicht. Bei ADHS ist die Entwicklung des hochkomplexen Zusammenspiels im Gehirn gestört. Darüber sprach Facetten mit Dr. Anne Feseker.

FACETTEN: Frau Feseker, was weiß die Wissenschaft über die Ursache von ADHS?

DR. ANNE FESEKER: Bei der Entstehung von ADHS wirken verschiedene Faktoren zusammen. Auf der Basis von Zwillingsstudien geht man davon aus, dass etwa 75 Prozent der Ursachen genetisch bedingt sind. Wichtig für das Verständnis ist dabei, dass viele unterschiedliche Gene, winzige Bausteine, von denen höchstwahrscheinlich noch gar nicht alle bekannt sind, zu dieser Störung beitragen. Es gibt also nicht das eine ADHS-Gen. Darüber hinaus spielen noch Umweltfaktoren während der Schwangerschaft oder um den Zeitpunkt der Geburt herum eine Rolle.

FACETTEN: Auf welche Weise wird das erforscht?

FESEKER: Es wird hier, wie oft in der Wissenschaft, auch mit Hypothesen gearbeitet. Wie ein Puzzle fügt sich so Stück für Stück ein Bild der Störung zusammen. Die Hypothese lautet, dass bei ADHS eine Störung der Neurotransmittersysteme im Gehirn vorliegt - vor allem beim Dopamin und Noradrenalin. Darum herum findet man nun immer wieder unterschiedliche Befunde, die diese Hypothese stützen. Dabei spielen neben genetischen Untersuchungen zum Beispiel auch bildgebende Studien mit MRT oder transkranieller Sonographie, oder auch EEG-Untersuchungen eine Rolle.

FACETTEN: Inwiefern beeinflussen solche Studien die ADHS-Diagnostik?

FESEKER: Über den Vergleich zwischen Studien- und Kontrollgruppe liefert die Forschung gute Anhaltspunkte. Die Diagnostik erfolgt aber rein klinisch, das heißt durch Befragung der Patient*innen und deren Umfeld sowie durch Beobachtung. Wir haben weder einen Blutmarker, noch einen spezifischen EEG- oder MRT-Befund, worüber sich eine individuelle Diagnose stellen lassen könnte.

FACETTEN: Gibt es dabei noch blinde Flecke, die es zu erhellen gibt?

FESEKER: Ja, sicherlich viele. Das menschliche Gehirn ist dermaßen komplex, dass es wohl immer bei einem nur annähernd gelösten Puzzle bleiben wird. Methodisch schwierig ist auch die Erforschung der Umweltfaktoren.

FACETTEN: Können Sie die bisher bekannten Puzzleteile etwas näher beschreiben?

FESEKER: Man geht davon aus, dass bei ADHS neuronale Regelkreise zwischen dem Frontalhirn und den sogenannten Basalganglien betroffen sind. Dies wirkt sich in Defiziten der Exekutivfunktionen aus. Das bedeutet konkret, dass es Veränderungen etwa in der Steuerung der Aufmerksamkeit, der Unterdrückung von Impulsen, der Priorisierung verschiedener Reize und des Arbeitsgedächtnisses geben kann. Aber auch die Regulation von Motorik, von Emotionen und die Aufrechterhaltung von Motivation können betroffen sein. Diese Fähigkeiten sorgen dafür, dass wir entscheiden können, was im Moment auch unter Berücksichtigung unserer Pläne und der Umweltbedingungen wichtig für uns ist und unserer aufmerksamen Hinwendung bedarf.

FACETTEN: Welche grundsätzliche Rolle spielt Dopamin im Gehirn?

FESEKER: Dopamin spielt in den oben beschriebenen Regelkreisen der Basalganglien eine Rolle. Es dient dort als Neurotransmitter, also als Botenstoff zwischen zwei benachbarten Nervenzellen und dient der Kommunikation dieser Zellen untereinander. Die Stärke des Signals an der Verbindungsstelle, der sogenannten Synapse, ist abhängig davon, wieviel Dopamin von der Absenderzelle ausgeschüttet wird und wie viele Dopamin-Rezeptoren die Empfängerzelle hat.



Das menschliche Gehirn ist dermaßen komplex, dass es wohl immer bei einem nur annähernd gelösten Puzzle bleiben wird.

FACETTEN: Und bei ADHS?

FESEKER: Man geht davon aus, dass bei ADHS-Patienten zu wenig dieser Botenstoffe – vorwiegend Dopamin und Noradrenalin – vorhanden ist. Der Wirkstoff Methylphenidat blockiert den Rücktransport dieser Botenstoffe in die Absenderzelle und sorgt so für eine höhere Menge davon im synaptischen Spalt und somit für eine erhöhte Signalstärke. Methylphenidat ist ein Psychostimulanz, wirkt also anregend auf unser Gehirn. Deshalb ist es im pharmakologischen Sinn auch unpassend, wenn davon gesprochen wird, dass ein Kind mit Methylphenidat „ruhiggestellt“ wird.

FACETTEN: Wirken andere Wirkstoffe denn auf ähnliche Weise?

FESEKER: Die Wirkweise der eingesetzten Medikamente ist nur teilweise bekannt. In der Regel ist Methylphenidat das Mittel der ersten Wahl, darüber hinaus gibt es weitere Wirkstoffe. Lisdexamfetamin etwa ist stärker wirksam, da es auf zweifache Weise in den Dopamin- und Noradrenalintransport eingreift. Atomoxetin und Guanfacin wirken hauptsächlich über Veränderungen im Noradrenalin-Haushalt. Die Wirkweise dieser Stoffe ist im Übrigen auch beim nicht hyperaktiven Typ, der ADS, dieselbe.

Aufgezeichnet von Stefan Angele
Foto: Stefan Angele



Dr. Anne Feseker

ist Duale Leiterin der Institutsambulanz der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am ZFP-Standort Weissenau. Außerdem ist die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie seit 2018 als Konsilärztin in einer Jugendhilfeeinrichtung tätig.

Darf's mehr sein?



YouTube

Youtube Stichworte: Facetten bewegt, ADHS, Neurologie



Der lange Weg zur Anerkennung

Schon früh beschrieben, im Jahr 1979 kodifiziert, bis heute umstritten: ADHS als eigenständiges Störungsbild hat einen langen Weg hinter sich. Vor allem die vergangenen 20 Jahre haben viel Wissen und Verständnis zutage gefördert.



„Ob der Philipp heute still, wohl bei Tische sitzen will?“

Etwas „aufgewecktere“ Kinder hat es in der Menschheitsgeschichte wahrscheinlich schon immer gegeben. Die Erkenntnis und deren Anerkennung, dass es sich unter bestimmten Bedingungen und je nach Intensität und Ausprägung um eine psychiatrisch relevante Störung handelt, dauerte jedoch seine Zeit. Noch heute gilt die seit 1987 definierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung manchen als Modekrankheit oder Pharmamärchen. Indes war lediglich eine frühe Beschreibung der ADHS literarischer Natur: 1845 war es Heinrich Hoffmann, Autor des „Struwelpeter“, der mit seinem „Zappelphilipp“ hyperaktiven Kindern hierzulande einen Namen gab.

Mit den Charakterisierungen eines Sohnes, der mit den Eltern am Esstisch sitzend nicht stillhalten kann, des vom unmittelbaren Alltagsgeschehen völlig entrückten „Hans Guck-in-die-Luft“ sowie des wild wütenden „bösen Friederich“ beschrieb er die drei mittlerweile als typisch geltenden ADHS-Verhaltensweisen: aufgedreht, unaufmerksam, impulsiv. Hoffmann rechnete dieses kindliche Extremverhalten jedoch moralischerzieherischen Problemen zu. Der englische Kinderarzt George Frederic Still beschrieb im Jahr 1902 das Störungsbild erstmals wissenschaftlich.

In Deutschland waren es Jahre später Franz Kramer und Hans Pollnow, Kinderärzte der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Berliner Charité, die 1932 „Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter“ publizierten. In ihrem Forschungsbericht beschrieben sie Kinder, die Entwicklungsstörungen hatten, die aufgedreht, unaufmerksam und impulsiv waren und Stimmungsschwankungen hatten. „Schon damals hatte man Gründe gesehen wie Sauerstoffmangel bei der Geburt oder Infekte in den ersten Lebensjahren, und das Ganze als hirnorganische Störung eingestuft“, erklärt Prof. Dr. Renate Schepker, Regionaldirektorin Ravensburg-Bodensee des ZfP Südwürttemberg.

Das „Kramer-Pollnow-Syndrom“

Als Behandlungsmöglichkeit für dieses „Kramer-Pollnow-Syndrom“ erkannte man in erster Linie die pädagogische Begleitung. Kramer, der wegen seiner jüdischen Abstammung später ins holländische Exil ging, veröffentlichte 1938 auf der Basis von Langzeitbeobachtungen gemeinsam mit Ruth von der Leyen eine Fallserie, welche zeigte, dass Symptome (unter anderem der ADHS) durch intensive Förderung und gute Pädagogik gebessert werden können.

Über die Jahrzehnte gab es viel Ursachenforschung: „Zum Beispiel wurde herausgefunden, dass auch Vergiftungen, etwa mit Blei verursacht durch alte Wasserleitungen, öfter bei ADHS zu finden sind.“ Lange habe man zudem vermutet, dass Zusatzstoffe in Lebensmitteln verantwortlich sein können. Auch dies wurde beforscht und es zeigte sich, dass eine zu zuckerhaltige, an künstlichen Zusatzstoffen und Geschmacksverstärkern reiche Ernährung nicht gut für die Symptomatik ist. „Was aber ja für alle Kinder zutrifft“, ordnet die Fachärztin ein, weshalb der Diät-Ansatz heute auch keine wirkliche Bedeutung mehr hat.

Medikamentöse Behandlungsstrategien gibt es seit 1954, nachdem der Wirkstoff Methylphenidat mehr oder minder zufällig entdeckt wurde und als Ritalin rezeptfrei auf den Markt kam. Erst 1968 wurde es in Deutschland rezeptpflichtig. „Seinen Namen erhielt es mutmaßlich deshalb, weil die Frau des Entdeckers Marguerite hieß und die mithilfe des Mittels wunderbar Tennis spielen konnte“, erzählt Schepker. 1971 wurde Ritalin dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt.

Medikation – wichtig oder nebensächlich?

Bis in die 1990er-Jahre hinein durfte jeder Arzt Methylphenidat verschreiben, was zu einem kontinuierlichen Anstieg der Verschreibungen führte, bis eine entsprechende Fachkundeprüfung vorgeschrieben wurde. „In Deutschland hat sich eine größere Zurückhaltung gegenüber diesem Wirkstoff etabliert als etwa in den USA“, weiß Schepker. Lange Zeit war Methylphenidat für Erwachsene gar nicht zugelassen, weil man davon ausging, dass ADHS nur im Kindes- und Jugendalter auftritt. Dies änderte sich erst, als das Störungsbild als auch im Erwachsenenalter vorkommend (an-)erkannt wurde.

Über die Jahre gab es immer wieder Kontroversen darüber, wie wichtig bei ADHS die Medikation ist und zu welchem Zeitpunkt diese stattfinden soll. Kinderanalytiker und Kinderpsychotherapeuten etwa haben lange Zeit die Existenz von ADHS als Diagnose verweigert. „Noch in Lehrbüchern von 2001 ist teilweise zu lesen, dass es eine reine Trennungs- und Bindungsstörung sei, durch das Fehlen einer Vaterfigur ausgelöst werde oder der Abwehr einer Depression diene.“

Inzwischen hat sich die ärztliche Haltung durchgesetzt, dass je nach Schwere der Störung Medikamente nicht vorenthalten werden sollten. Zunächst jedoch wird psychotherapeutisch behandelt. Erst wenn dies nicht ausreichend hilft oder wenn es zu viele Problemlagen in zu vielen Lebensbereichen gibt, erfolgt eine medikamentöse Behandlung. Schepker: „Diesbezüglich hat Deutschland weltweit ein Alleinstellungsmerkmal.“

ADHS als integriertes Störungsbild

„Heute besteht eine neue Synthese aus Hirnorganik, Epigenetik und psychischen Faktoren; ADHS wird als integriertes Störungsbild angesehen“, erklärt die Expertin und attestiert der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gutes Rüstzeug für eine adäquate Behandlung und Betreuung von ADHS-Patient*innen. Gerade in den vergangenen 20 Jahren habe man hierbei sehr viel dazugelernt. „Und mit der Einführung der S3-Leitlinie, bei der alle Verbände und Akteure, die an der Behandlung beteiligt sind, mitgearbeitet haben, wurde in Deutschland eine gute Übereinkunft erzielt.“

Für die Zukunft wünscht sich Schepker weitere Fortschritte in der Inklusion von ADHS-Betroffenen ebenso wie bei der Betonung der positiven Seiten der Störung wie etwa der Lebendigkeit und der Kreativität. ■

Text: Stefan Angele

Bildnachweis: Heinrich Hoffmann - Der Struwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3 bis 6 Jahren, Frankfurt am Main 1900.

Zeitlinie der Konzeptentwicklung

2018

Deutsche S3-Leitlinie ADHS der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

1992

Konzept der Hyperkinetischen Störungen in der ICD-10

1987

Konzept der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im DSM-III R

1979

Erstmalige Aufnahme von ADHS in die Klassifikation der WHO (ICD-9)

1954

Leandro Panizzio entwickelt Methylphenidat

1932

Franz Kramer und Hans Pollnow beschreiben eine Hyperkinetische Erkrankung

1902

George Still beschreibt ADHS-ähnliche Symptome

Lernen? Aber gerne!

In Deutschland herrscht Schulpflicht, auch während eines Klinikaufenthalts. Die Klinikschule am ZfP-Standort Weissenau will mehr sein als bloßes Pflichtprogramm. Kinder sollen hier ihr Können erfahren und wieder Freude am Lernen bekommen.

Mit seinen Lippen formt Elias* stumme Wörter: Baum, fällt, der, von, dem, Apfel. Sein Blick haftet auf dem Arbeitsblatt. Schließlich beginnt er zu schreiben: Der Apfel fällt von dem Baum. Ein großer Kopfhörer drückt seine abstehenden goldblonden Haare platt. Lehrerin Silke Schmid rollt mit einem roten Massageball über Elias' Rücken. „Du, Frau Schmid, kannst ruhig mehr drücken“, gibt er ihr mit lauter Stimme zu verstehen. Der Neunjährige kann sich selbst nicht richtig hören. Der Kopfhörer isoliert den Schall, sodass Geräusche von außen nicht ablenken. „Kinder mit ADHS können sehr gut äußern, was ihnen gut tut und hilft“, erläutert Schmid. Oft wirken Berührungen und körperliche Nähe beruhigend. Auch Stille und möglichst reizreduzierte Arbeitsplätze helfen den Kindern sich zu konzentrieren.

Gemeinsam mit ihrer Kollegin Stefanie Struben unterrichtet Silke Schmid Patient*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg. Die Kinder sind zwischen 6 und 13 Jahren alt. Durch ihren Unterricht sollen sie nach ihrem Klinikaufenthalt Anschluss an den Leistungsstand ihrer Stammschule finden. Schmid: „Wir prüfen aber auch, ob der Umfang des Lehrstoffs überhaupt für das Kind passt. Letztendlich schnüren wir für jedes Kind ein individuelles Unterrichts-Paket.“

Wertvolle Beziehung

Schräg gegenüber von Elias sitzt ein weiterer Junge. Jakob* ist bereits in der vierten Klasse und bearbeitet schon schwierigere Aufgaben. Struben erklärt ihm ausführ-

*Silke Schmid und Stefanie Struben unterrichten gemeinsam die zwischen 6 und 13 Jahren alten Patient*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.*



Einblick _

lich, mit ruhiger Stimme, wie er vorgehen muss. Es klopft an der Tür, der siebenjährige Moritz* stürmt ins Klassenzimmer. Struben berührt ihn zaghaft am Arm, er hält inne: „Hallo Moritz, wie war dein Morgen auf Station? Bist du bereit für die Schule?“ Er ist einer von Strubens Bezugsschülern. Die Lehrerin erklärt, warum: „Die Kinder sind oft auf vertraute Personen angewiesen, sie profitieren von festen Bezugspersonen. Im Umgang ist das der Schlüssel.“ Die Beziehungsarbeit stehe daher auch immer vor dem Schulischen.

„Schau doch mal in dein Fach, ob dort noch dein Arbeitsblatt von gestern liegt“, fordert Struben den kleinen Moritz auf. Alle Kinder haben ihre eigene Kiste mit Lehrutensilien und persönlichen Gegenständen sowie einen festen Sitzplatz. „Das ist ihnen wichtig, das gibt Sicherheit.“ Auf dem Weg zu dem Regal mit den Fächern erblickt Moritz einen CD-Player auf der Fensterbank. Kurzerhand setzt er sich die Kopfhörer auf und drückt ungeduldig die Knöpfe des Players: „Darf ich bitte Musik hören?“ Struben vereinbart mit ihm, dass er nach dem Unterricht ein Lied hören darf, nun aber weiter an seiner Aufgabe arbeitet. Bei den Patient*innen der Station 2081 ist ADHS eine der häufigsten Diagnosen, oft kombiniert mit einer Störung des Sozialverhaltens.

Auch Moritz, Jakob und Elias haben ADHS. Sie werden nur in sehr kleinen Klassen unterrichtet. „Weniger Kinder bedeuten auch weniger Ablenkung“, begründet Schmid. Ziel sei zudem, möglichst viele Kinder in 1:1-Situationen zu unterrichten. „So können wir uns auch wirklich auf sie einlassen.“ Haben die

_ Einblick

Kinder dieselbe Diagnose, bedeutet das nicht, dass sie auch gemeinsam unterrichtet werden. „Wir achten auch auf Faktoren wie Alter oder Lehrstoff, aber vor allem darauf, wer gut mit wem auskommt oder zwischen welchen Kindern es Provokationen und Streit geben könnte.“

Streichelnde Worte

Große Pause. Moritz lässt sich samt CD-Player auf den Sitzsack fallen. Er darf nun wie vereinbart Musik hören. Elias setzt sich ans andere Ende des Klassenzimmers an einen Laptop. Bei einem Rechenspiel schießt er mit Pfeil und Bogen die richtigen Ergebnisse ab. Jakob schnappt sich einen Ball und rennt nach draußen. „Solche Auszeiten sind wichtig für die Kinder. Genauso wie räumliche Rückzugsmöglichkeiten, damit sie die Pausen an verschiedenen Orten verbringen können“, weiß Schmid. Die Lehrerinnen unterbrechen auch öfters den Unterricht für kleine Pausen. „Für ADHSler ist es sinnvoll, in kurzen, effektiven Einheiten zu lernen.“ Genauso wichtig wie Pausen sei körperliche Bewegung: „Auf eine Arbeitsphase folgt immer auch eine kurze Entspannungs- oder Bewegungsphase.“

„Man kann Watte schneiden. Cooool“, ist Jakob begeistert. Viele kleine Wattestücke liegen unter seinem Stuhl. Es ist Kreativstunde, die Jungen basteln Igel aus Filz. „Ich möchte nicht, dass du das machst, Jakob. Das gibt nur Schweinerei. Und wir brauchen die Watte noch als Füllung für eure Igel“, reagiert Schmid ruhig, aber bestimmt. Jakob legt die Schere beiseite und sammelt die weißen Schnipsel vom Boden auf. „Als Lehrkraft sollte man vor allem ruhig bleiben,



Auch im Kreativunterricht ist es wichtig, die Kinder für ihr Wirken zu loben. Sie sollen wieder Zutrauen fassen und ihre Stärken und Fähigkeiten erkennen.

sonst kann es auch mal schnell eskalieren“, weiß Schmid. Struben ergänzt: „Es ist wichtig, klare Worte zu finden. Freundlich sein, aber ernst und bestimmt.“

Moritz malt seinem Igel bereits mit einem Filzstift rote Bäckchen. Auch wenn die Zacken seines Igels nicht ganz akkurat geschnitten sind, Moritz strahlt über das ganze Gesicht. Struben mustert das Stofftier: „Das ist ja der süßeste Igel aller Zeiten. Das hast du super gemacht.“ Die beiden Lehrerinnen loben ihre Schützlinge häufig. Sie arbeiten erfolgsergebnisorientiert, die Kinder sollen wieder Zutrauen fassen und ihre Stärken und Fähigkeiten erkennen. „Manchmal sehen wir auch über Fehler hinweg und honorieren Unvollkommenes“, so Struben schmunzelnd. Fordere man immer zu viel ein, könne dies schnell ins Gegenteil kippen und das Selbstwertgefühl der kranken Kinder sowie ihre Lernbereitschaft beeinträchtigen.

Betriebsamer Austausch

Moritz verstaubt seinen Filz-Igel im Piraten-Ranzen. Ein freundlich lächelnder Mann betritt das Zimmer, er ist Pfleger der Station 2081. Er holt Moritz ab, begleitet ihn auf dem Rückweg zur Station. „Wie lief es heute?“, fragt er die Lehrerinnen. Die Mitarbeitenden der Station und die Lehrenden der Klinikschule sind im ständigen Austausch. Schmid und Struben sind einmal in der Woche mit bei der Oberarztvisite auf Station, zudem gibt es einmal wöchentlich eine spezielle Schulvisite mit den Therapierenden. „Die Schule ist ein wichtiges Rad in der Behandlung“, findet Schmid.

Alle schulpflichtigen Patient*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP werden in der staatlichen Klinikschule am Torbogen unterrichtet. Der Hauptsitz der Schule befindet sich in Weissenau, weitere Schulstellen gibt es in der Tagesklinik Aulendorf sowie auf den Stationen clean.kick und clean.kids. Die Lehrinhalte umfassen nahezu sämtliche Schularten. Es gibt 21 ausgebildete Lehrkräfte für den Grund- bis hin zum Gymnasialbereich.

Nachgefragt

Deeskalation im Unterricht

Der Pfleger erwähnt, dass am Vormittag ein neues Mädchen auf der Station aufgenommen wurde. Elias reißt die Augen auf, springt von seinem Platz auf und schreit: „Waaas, ein Mädchen? Verfickt, davon hat mir keiner erzählt.“ Elias merkt schnell, dass er etwas falsch gemacht hat, er entschuldigt sich. „Das passiert mal, Elias. Wenn es dir rausrutscht, ist das okay. Aber es ist wichtig, dass du es gleich merkst“, antwortet Schmid. Bereits in ihrer Stammschule haben viele der Kinder Probleme gehabt, sind negativ aufgefallen. Nicht ohne Grund ist es oft die Schule, die eine Klinikbehandlung bei den Familien anregt.

Die Klinikschule ermöglicht, dass die meisten Kinder wieder gut und gerne lernen und sich regelkonform verhalten. Doch eine so intensive Betreuung mit einem individuell zugeschnittenen Unterricht ist nicht in jeder Stammschule möglich. „Deshalb prüfen wir auch, ob der bisherige Schulplatz überhaupt der richtige für das Kind ist oder ob es beispielsweise ein sonderpädagogisches Bildungsangebot benötigt.“ Die Klinik- und die Stammschule arbeiten eng zusammen, tauschen sich regelmäßig aus und planen die schrittweise Rückführung der Kinder in die Stammschule gemeinsam. Dies geschieht per Mail, am Telefon oder auch im persönlichen Austausch bei gemeinsamen Gesprächen und „Runden Tischen“. „Wir geben zudem Empfehlungen: Was braucht das Kind? Wie sollte man aus unserer Sicht mit ihm umgehen?“, so Schmid. Auch die Nachbetreuung zählt zu ihren Aufgaben. „Wir erkundigen uns später immer, wie es läuft und ob es Fragen gibt.“

Es ist Jakobs letzter Tag in der Schule. Sein Klinikaufenthalt ist zu Ende, morgen geht es wieder nach Hause zu seinen Eltern. Jakob prüft noch einmal, ob seine Kiste auch wirklich leer ist, dann schlingt er die Arme um die Hüfte seiner Lehrerin: „Frau Schmiid, ich werde dich vermissen.“

*Name von der Redaktion geändert
Text und Fotos: Rieke Mitrenga



Stefanie Struben unterrichtet seit 2016 an der Klinikschule in Weissenau. Viele ihrer Schüler*innen haben ADHS. Aufgrund ihrer Erfahrung und sonderpädagogischen Zusatzausbildung weiß die Lehrerin, wie sich Eskalationen im Unterricht vermeiden lassen.

FACETTEN: Kinder mit ADHS fallen im Unterricht oft besonders auf. Wie äußert sich das?

STEFANIE STRUBEN: Kinder mit ADHS fallen zum Beispiel durch motorische Unruhe auf, sie können kaum auf ihrem Platz sitzen bleiben, wirken getrieben. Zugleich haben sie Konzentrationsprobleme. Es fällt ihnen schwer, lange bei einem Thema zu bleiben. Auch eine laute Stimme ist charakteristisch für ADHS-Kids. Im Unterricht schwierig werden kann es, weil sie impulsiv sind und ihre Frustrationstoleranz gleichzeitig gering ist, sie fühlen sich schnell angegriffen. Läuft etwas schief oder nicht nach ihren Vorstellungen, kann es unheimlich schnell eskalieren.

FACETTEN: Wie sollten Lehrende reagieren, wenn es eskaliert?

STRUBEN: Am besten ist es natürlich, wenn es gar nicht erst dazu kommt. Grundsätzlich sollte man Forderungen an die Kinder intuitiv dahingehend abwägen, ob es im Frust enden und eskalieren könnte. Man muss spüren, wie es dem Kind geht und wie es reagieren wird. Und nicht immer auf den Einforderungen beharren, sondern auch flexibel im eigenen Handeln sein. Das ist eine Gratwanderung. Wenn es eskaliert, sollten Lehrende ruhig bleiben, sich nicht aufregen. Eine weitere Regel ist, nichts persönlich zu nehmen, also das Thema sozusagen beim Kind zu lassen. Das Kind verhält sich ja nicht so, um mich zu ärgern.

FACETTEN: Ist es denn sinnvoll, Kinder mit und ohne ADHS zusammen zu unterrichten?

STRUBEN: Es kann sehr positiv sein, ADHS-Kinder mit anderen zu unterrichten. Ältere oder ruhige Kinder können im positiven Sinne abfärben. Wenn zu viele mit derselben Problematik aufeinandertreffen, können sie sich gegenseitig total schnell hochschaukeln.





Aufgezeichnet von Rieke Mitrenga
Foto: Rieke Mitrenga

Die medikamentöse Behandlung






Methylphenidat gilt als erstes Mittel der Wahl zur Behandlung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Bekannt ist die Substanz aus der Gruppe der Phenylethylamine vor allem unter dem Handelsnamen Ritalin. Die Einnahme des verschreibungspflichtigen Medikaments ist bei AD(H)S-Kindern ab einem Alter von sechs Jahren angezeigt, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erweisen. Seit seiner Markteinführung im Jahr 1954 ist der Arzneistoff immer wieder Anlass für Kontroversen. Missbräuchlich als Partydroge oder zum Hirndoping verwendet, ist auch sein klinischer Einsatz zum Teil umstritten.

PRO

-  Werden vor Therapiebeginn alle wichtigen Faktoren abgeklärt, ist die Einnahme von Methylphenidat in der Regel risiko- und nebenwirkungsarm.
-  Bei vorschriftsmäßiger Einnahme gibt es keine Hinweise darauf, dass Methylphenidat eine Abhängigkeit verursacht.
-  Methylphenidat erhöht die Konzentrationsfähigkeit sowie die Selbstkontrolle und gleicht somit genau die Bereiche aus, die bei ADHS gestört sind.
-  Nach der Einnahme von Methylphenidat berichten viele Betroffene von einer deutlichen Besserung der Symptome innerhalb kurzer Zeit.

CONTRA

-  Methylphenidat kann hochdosiert Psychosen triggern und Depressionen auslösen.
-  Methylphenidat kann zahlreiche Nebenwirkungen mit sich bringen, etwa Appetitverlust, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und vermehrtes Schwitzen.
-  Bei missbräuchlicher Verwendung (als Partydroge oder zur Leistungssteigerung) kann Methylphenidat zu Sehstörungen, Fieber und Zittern führen, in besonders schweren Fällen zu Angstzuständen und Wahnvorstellungen.



Text: Stefan Angele
Illustration: openminded

Diagnose ADHS?

Sich kennenlernen und Vertrauen aufbauen, Symptome und Probleme diagnostisch abklären sowie therapeutische Möglichkeiten aufzeigen. Wie wichtig der erste Kontakt zu Kind und Familie ist, erklärt Dr. Erik Nordmann. Der Psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut führt seit 2004 Erstgespräche in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau.

FACETTEN: Wie können sich Familien auf das Erstgespräch im ZfP vorbereiten?

DR. ERIK NORDMANN: Es ist immer hilfreich, wenn sich Betroffene schon vorab informieren, zum Beispiel über seriöse Ratgeberliteratur, und ihr Anliegen klären. Von uns bekommen die Familien Fragebögen, die sie ausfüllen und zum Gespräch mitbringen sollen. Es werden unter anderem Daten zum familiären Hintergrund umfangreich abgefragt. Dieser ist besonders im Kinder- und Jugendbereich extrem wichtig, um Zusammenhänge zu verstehen und das Kind später ganzheitlich betreuen zu können. Gerade bei ADHS sollte man im Hinterkopf behalten, dass es weder eine rein psychosozial, noch eine rein genetisch bedingte Störung ist, sondern eine Kombination aus beidem. Das Psychosoziale spielt allerdings oft eine enorme Rolle.

FACETTEN: Welche Fragen werden konkret gestellt?

NORDMANN: Es wird zum Beispiel nach Auffälligkeiten in der Schwangerschaft oder der frühen Kindheit gefragt und ob es Belastungsfaktoren oder psychische Erkrankungen in der Familie gibt. Bei ADHS ist es häufig so, dass die Eltern, Geschwister oder Großeltern auch schon so etwas Ähnliches gehabt haben. In einem zusätzlichen standardisierten Fragebogen werden mehr als 100 Symptome psychischer Verhaltensauffälligkeiten abgefragt, auch ADHS-Symptome wie etwa Konzentrationschwierigkeiten oder Impulsivität: Zeigt das Kind so etwas? Häufig oder eher selten? In welchen Situationen? Eine sehr wichtige Frage ist auch die nach den positiven Ressourcen des Kindes: Welche Interessen hat es? Was kann es gut?

FACETTEN: Diese Themen werden dann beim Erstgespräch abgearbeitet?

NORDMANN: Grundsätzlich versuche ich möglichst flexibel auf die Klienten einzugehen. Aber die Themen sind eine Art Leitschnur für die Gesprächsführung, damit man nichts Wichtiges übersieht. Zunächst geht es um die Auftragsklärung. Was führt die Familie her? Wer will eigentlich was, von wem, wozu und weshalb gerade jetzt? Eine wichtige Funktion des Gesprächs besteht auch darin, die Symptomatik einzuordnen. Geht es überhaupt um ADHS? Manchmal stellt sich eine ganz andere Störung heraus. Wichtig ist es, die Familiensituation anzusprechen und herauszufinden, ob es hier Faktoren gibt, die eine Rolle spielen. Das können Beziehungsschwierigkeiten oder andere soziale Belastungsfaktoren sein,

etwa Gewalt, exzessiver Medienkonsum, eine finanziell prekäre Lage. So etwas kann eine ADHS verstärken oder sie sogar verursachen. Daneben ist die schulische Situation abzuklären. Eine ADHS-Symptomatik kann manchmal auch die Folge einer Über- oder Unterforderung sein.

FACETTEN: Was ist die wichtigste Funktion des Erstgesprächs?

NORDMANN: Die wichtigste Funktion ist, dass wir das Kind und dessen Familiensituation kennenlernen und eine Vertrauensbeziehung aufbauen. Und anders herum, dass die Familie realistische Vorstellungen von unseren therapeutischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen bekommt. Gerade Kinder und Jugendliche haben oft sehr verzerrte Vorstellungen von der Psychiatrie, nicht wenige kommen mit erheblichem Widerstand. Sie haben manchmal sogar Angst, dass sie hier festgehalten oder eingesperrt werden. Beim Erstgespräch sollen sie erkennen: Da sitzt mir ja ein freundlicher Herr gegenüber, der nett und verständnisvoll ist und der merkt, um was es geht.

FACETTEN: Wie geht es nach dem Gespräch weiter? Bleibt das Kind gleich auf Station?

NORDMANN: Nein. Es ist wichtig, dass das Kind merkt, dass es nach dem Gespräch wieder gehen darf. Beim Erstgespräch werden am Schluss zunächst Maßnahmen vorgeschlagen und besprochen, wie es weitergehen kann. Wenn wir eine stationäre Behandlung empfehlen, können sich die Familien, bevor sie nach Hause gehen, die Station anschauen, um ein realistisches Bild mit nach Hause zu nehmen.

FACETTEN: Wann wird die endgültige Diagnose ADHS gestellt?

NORDMANN: Eine endgültige ADHS-Diagnose setzt eine längere Kenntnis des Kindes voraus. Hierfür sind mehrere Termine und verschiedene diagnostische Untersuchungen notwendig, auch eine gute Verhaltensbeobachtung des Kindes gehört dazu. Das Erstgespräch allein ist häufig nicht aussagekräftig, weil die Kinder da oft angespannt sind und nicht natürlich reagieren. Außerdem zeigen Kinder mit ADHS dann oft gar keine Symptomatik, weil es eine strukturierte Situation ist, mit direkten Fragen und klaren Regeln. Es ist nicht die typische Klassenzimmer-Situation mit 30 Mitschülern.

FACETTEN: Wie reagieren Eltern auf die Diagnose ADHS?

NORDMANN: Viele Eltern werden in ihrer Vermutung bestätigt. Die Diagnose kann für sie sogar erleichternd sein. Haben sie sich früher gedacht, dass ihr Kind sie und die Lehrer absichtlich ärgern will, wissen sie nun, dass es nur begrenzt etwas für das eigene Verhalten kann. Es gibt aber auch Eltern, die geschockt reagieren. Mir ist vor allem wichtig, den Familien möglichst viel Wissen über die Erkrankung und die therapeutischen Möglichkeiten zu vermitteln und dass wir gemeinsam über das Vorgehen entscheiden. Letztendlich akzeptiere ich aber auch eine Entscheidung gegen meine Empfehlungen. Zum Beispiel gibt es Familien, die total gegen Medikamente sind und zunächst auf homöopathische Mittel setzen wollen. Ich sage dann, dass ich skeptisch bin, sie es aber versuchen sollen. Nach einigen Wochen besprechen wir, ob es die erhoffte Wirkung gebracht hat oder ob wir etwas anderes versuchen. Es ist oft ein längerer Weg, bis man bei einer wirklich greifenden Therapie angekommen ist. Und es ist sehr wichtig, die Familie für diesen Prozess zu gewinnen.

FACETTEN: Wie vermitteln Sie Kindern die Diagnose?

NORDMANN: Bei Kindern ist es wichtig etwas Bildliches anzusprechen, das ihrer Lebenswelt entspricht. Wenn ich ADHS vermitteln will, sage ich oft: Du spielst doch gern mit Autos. ADHS ist wie ein Rennwagen. Stell dir vor, das ist ein ganz schneller mit einem super Motor, von 0 auf 100 in drei Sekunden. Aber die Bremsen sind kaputt. Was passiert mit so einem Auto, wenn es auf der Rennstrecke fährt? Es fliegt schnell aus der Kurve, weil es nicht bremsen kann. Und was wir hier machen wollen, kann dir dabei helfen, dass deine Bremsen wieder besser funktionieren. Gas geben kannst du hervorragend, aber zu einem guten Motor gehören auch gute Bremsen.

Aufgezeichnet von Rieke Mitrenga
Foto: Rieke Mitrenga



Die Kinder sollen erkennen: Da sitzt mir ja ein freundlicher Herr gegenüber, der nett und verständnisvoll ist und der merkt, um was es geht.



Dr. Dipl.-Psych. Erik Nordmann arbeitet seit 1983 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau, seit 2003 als leitender Psychologe. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut absolvierte mehrere Weiterbildungen, unter anderem in Verhaltenstherapie, Familientherapie und Traumatherapie.



Daheim

statt in der Klinik

Kinder mit ADHS sind eine Herausforderung für ihre Familien. Nicht immer ist eine stationäre Behandlung die bessere Lösung. Denn oft liegen die Probleme zu Hause und sollten dort angegangen werden. Dann kann die stationsäquivalente Behandlung zum Zug kommen.

Bei der stationsäquivalenten Behandlung, kurz StäB genannt, können Betroffene, die eine stationäre Therapie bräuchten, unter bestimmten Voraussetzungen zu Hause behandelt werden. Auch bei Kindern ist das möglich. Ein spezielles Team, die StäB Kiju der Kinder- und Jugendpsychiatrie des ZfP Südwürttemberg am Standort Weissenau sucht psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bei ihren Familien daheim auf. Auch Mädchen und Jungen mit ADHS sind darunter.

Bereits seit 2011 gibt es in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie „Home Treatment“, also die Behandlung zu Hause. Seit Januar 2018 wird StäB dort im Regelbetrieb angeboten. Von Anfang an mit dabei ist Diplom-Psychologin Dr. Nicole Corpus, sie leitet die StäB Kiju mittlerweile therapeutisch. Den Ablauf der Behandlung beschreibt sie folgendermaßen: „Täglich erfolgen aufsuchende Kontakte unseres multiprofessionellen Teams. Einmal wöchentlich findet bei den Kindern daheim die fachärztliche Visite statt.“ Das Team besteht aus einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Assistenzärztin, zwei Psychologinnen, sieben Mitarbeitenden des Pflege- und Erzie-

hungsdienstes, einer Ergotherapeutin und einem Kunsttherapeuten. Täglich fahren die Behandelnden für etwa eine Stunde zu den sechs Kindern, die sich derzeit in Behandlung befinden. Alle wohnen im Umkreis von etwa 30 Fahrminuten ab Weissenau. Ob in Wangen, Friedrichshafen oder Bad Waldsee – nicht nur die Wohnorte der Familien sind unterschiedlich, sondern auch die Wohnform, wie beispielsweise im Eigenheim, in der Mietswohnung oder der Sozialwohnung. Einmal wöchentlich trifft sich das StäB-Team zur internen multiprofessionellen Fallbesprechung in Weissenau.

Eltern werden miteinbezogen

Der Kontakt erfolgt oft über die kinderärztliche Praxis, über niedergelassene Therapeut*innen, über die Institutsambulanz, manche Familien kommen auch über Kriseninterventionsaufenthalte auf den Stationen der Abteilung. Nach einem Vorgespräch findet zu Beginn dann vor Ort zu Hause das Aufnahmegespräch mit der Fachärztin statt. Zur Samstagsgruppe in Weissenau werden die Kinder von ihren Eltern gebracht. Die Inhalte sind unterschiedlich, auch erlebnistherapeutische und familienstärkende Angebote sind dabei. Zu Hause erfolgen psychotherapeutische Einzelgespräche mit den Kindern sowie Gespräche zusammen mit den Eltern. Psychoedukation sei auch für die Eltern und andere Familienangehörige wichtig, dass nicht nur das betroffene Kind, sondern auch sie über die Krankheit Bescheid wissen. Dies fördere das Verständnis untereinander. Soziales Kompetenztraining mit den Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls Teil der Behandlung. Hierbei erlernen sie zwischenmenschliche Fähigkeiten und Verhaltensweisen. Beschäftigungseinheiten, Konzentrationsaufgaben und Hausaufgabentraining sind weitere Bausteine in der Behandlung von Kindern mit ADHS. Mit der Frage „was läuft gut“ arbeiten die Behandelnden die Stärken und Ressourcen des Kindes heraus.

„Bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblematiken wie bei ADHS ist das familiäre Klima oft von Konflikten geprägt. Die Kinder sind häufig abgelenkt und halten sich nicht an Regeln“, erläutert Corpus. Da könne die Situation schnell eskalieren. Ein Beispiel: Die Eltern machen Druck, dass der Sohn die Hausaufgaben

Einblick



Einblick



Kinder mit ADHS sorgen für einen herausfordernden Familienalltag. Eine erforderliche stationäre Behandlung der Erkrankung kann in manchen Fällen zu Hause stattfinden.

erledigt, der Junge schmeißt frustriert die Stifte durch die Gegend. „Die Kinder haben daheim oft keine positiven Verstärker und erfahren viel Kritik, auch in der Schule, wenn sie wieder einmal Sachen vergessen“, so die Diplom-Psychologin. Das Behandlungsteam bietet deshalb selbstwertstärkende Interventionen an, die den Kleinen Erfolgserlebnisse liefern. Und die Eltern werden geschult, wie sie positiv auf ihren Sohn oder ihre Tochter einwirken können. Dazu zähle Lob für kleinere Dinge. Und auch mit Schulsozialarbeiter*innen und Lehrkräften geht das Team ins Gespräch. Gemeinsam können Lösungsstrategien erarbeitet werden, wie ein Schüler beispielsweise weniger im Unterricht stört oder sich besser mit der Klasse versteht.

Grenzen der StäB

Derzeit behandelt das Team eine Familie, in der gleichaltrige Brüder beide an ADHS leiden. Das Familienleben ist turbulent, anstrengend und sehr belastend für die Eltern. Obwohl beide Söhne dieselbe Störung haben und beide schwer erkrankt sind, wird ein Viertklässler zu Hause, der andere stationär in der Klinik behandelt. Die Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutin erklärt: „In diesem Fall liegt eine starke Rivalität zwischen den beiden Geschwistern vor. Da tut es beiden und der Familie gut, sie einmal für eine Zeit zu trennen.“ Bei einem Sohn sei die Störung auch stärker ausgeprägt, viele Medikamente hätten nicht angeschlagen. In der Klinik könne die Medikation besser eingestellt werden. „Wenn eine so energiegeladene Stimmung zu Hause herrscht und die Situation für alle Beteiligten sehr kräftezehrend ist, ist eine stationäre Behandlung die bessere Wahl.“

Ein weiteres Ausschlusskriterium für die Behandlung zu Hause ist, wenn bei den betroffenen Kindern viele Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen vorliegen. Ein Klinikaufenthalt könne auch verkürzt werden und die Behandlung mit StäB fortgeführt werden. Im Schnitt dauert diese fünf bis sechs Wochen, ein stationärer Aufenthalt ist ähnlich lang. Der Effekt ist vergleichbar gut. „Wenn die Eltern nicht mitmachen, ist die Prognose ungünstig“, verdeutlicht Corpus. Die gesamte Familie müsse mitwirken. Viele hätten aber einen hohen Leidensdruck und wollten etwas verändern. Wenn keine Veränderung gewünscht ist, werde die Behandlung beendet, in manchen Fällen müsse eine Fremdunterbringung eingeleitet werden. ■

Text: Elke Cambré
Fotos: Ernst Fessler, Pixabay

Wann ist eine Behandlung zu Hause nicht möglich oder nicht sinnvoll?

- das Verhalten des Kindes ist zu herausfordernd
- hohe Fremd- oder Eigengefährdung
- keine Absprachefähigkeit
- die Familie ist überlastet, es gibt viele Konflikte
- viele Begleiterkrankungen des Kindes



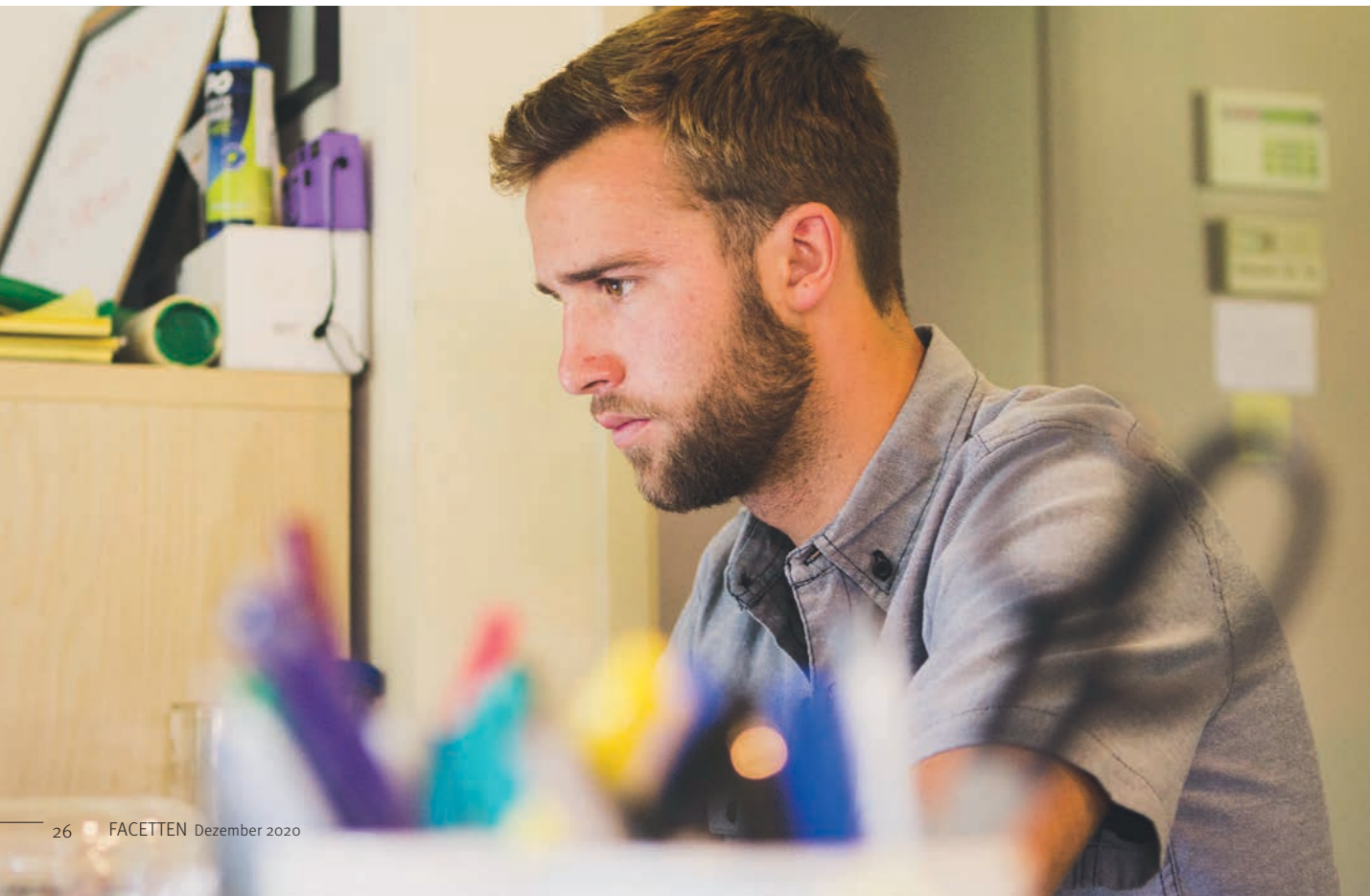
Die gefährliche Suche nach NORMALITÄT

Die Symptome einer ADHS verschwinden im Erwachsenenalter meist nicht einfach. Unbehandelt leiden Betroffene jahrelang unter den Einschränkungen. Und die Erkrankung birgt noch ein weiteres Risiko: Menschen mit ADHS sind anfälliger für Suchterkrankungen.

Wer an ADHS leidet, hat häufig den Eindruck, nicht ins gesellschaftliche Raster zu passen. Betroffene fühlen sich getrieben, können sich schlecht konzentrieren und sind dadurch weniger leistungsfähig. Das wiederum führt oft zu Schwierigkeiten im Arbeitsleben, finanziellen Problemen oder instabilen Partnerschaften. Die Suche nach einer vermeintlichen Lösung kann zu einer folgenschwere Entdeckung führen: Die Symptomatik lässt sich mit Cannabis, Amphetaminen oder auch Alkohol lindern.

„ADHS-Erkrankte sind häufig auf der Suche nach neuen Eindrücken, relativ risikofreudig und haben oft Schwierigkeiten, im Voraus zu planen“, weiß Dr. Thomas Kaeser, Chefarzt der Suchtabteilung des ZfP Südwürttemberg am Standort Bad Schussenried. „Gleichzeitig erleben sie die Welt als stressig und fühlen sich ausgegrenzt oder anders.“ All dies macht sie besonders anfällig für den Suchtmittelmissbrauch.

Erwachsene mit ADHS fühlen sich den Anforderungen des Alltags nicht gewachsen und haben Probleme, sich zu konzentrieren. Das macht sie anfällig für Suchtmittel.



So auch Walter S*. Als Kind war er der Klassenclown, den Schulabschluss schaffte er erst im dritten Anlauf, nach mehreren Arbeitgeberwechseln und Umzügen hält er sich derzeit mit Gelegenheitsjobs über Wasser. Als Jugendlicher zog er zum ersten Mal an einem Joint – einfach, weil sich gerade die Gelegenheit bot. „In dieser Nacht habe ich so gut geschlafen wie schon lange nicht mehr“, erinnert sich der heute 34-Jährige. Fortan wird Cannabis für ihn zu einer Art Allheilmittel. Wenn seine Gedanken kreisen, er hibbelig ist oder er nach einem langen Tag abschalten will, greift er zum Joint. Schon bald entdeckt er, dass auch Amphetamine eine ähnliche Wirkung bei ihm haben. „Wenn ich mich richtig konzentrieren muss, geht das mit einer Line Speed gleich viel besser“, sagt Walter S.

Suchtmittel als Selbstmedikation

„Fälle wie dieser sind typisch“, erklärt Kaeser. Wer an ADHS leidet, hat ein drei- bis fünffach höheres Risiko, in eine Suchterkrankung abzurutschen. Insbesondere, wenn die Störung im Kindes- und Jugendalter nicht erkannt und behandelt wurde. „ADHS-Patienten wie Walter S. nutzen Suchtmittel, um ihre Symptome abzumildern – quasi als Medikamentenersatz.“ Mit Cannabis finden sie die Entspannung, nach der sie so lange gesucht haben. „Ganz typisch ist beispielsweise der sogenannte Einschlaf-Joint“, weiß Kaeser. Und auch Amphetamine wirken bei ihnen bis zu einer gewissen Dosis nicht aufputschend, sondern eher beruhigend und konzentrationsfördernd. Mit zunehmendem Konsum kommt es dann zum Kontrollverlust, zur ADHS-Erkrankung kommt eine Abhängigkeit. „Nicht selten führt dies zu einer Abwärtsspirale, da der Drogenkonsum weitere negative Folgen für das Leben der Betroffenen hat“, berichtet der Chefarzt.

Nach zahlreichen Abstürzen kommt Walter S. zur Entgiftung auf die Suchtstation nach Bad Schussenried. Das Personal erlebt ihn als aggressiv und aufbrausend, phasenweise auch stark gehemmt und kontaktscheu. „Nach einer ausführlichen Erhebung, bei der wir uns auch mit der Biografie des Patienten auseinandergesetzt haben, konnten wir die Diagnose ADHS stellen“, erzählt der Chefarzt. Nach einem erfolglosen Versuch mit einem Medikament ohne Suchtpotential erhielt der Patient schließlich Methylphenidat, auch bekannt als Ritalin. „Bald drauf wurde er deutlich ruhiger, mit einem Mal waren auch längere Gespräche und somit eine Behandlungsplanung möglich.“



Der Griff zum Joint ist keine Lösung. Bei der Psychoedukation lernen Betroffene den Zusammenhang zwischen ADHS und dem Suchtmittelkonsum kennen.



Nachgefragt

Sucht und ADHS bei Kindern



Dr. Ulrike Amann leitet die Stationen clean.kick und clean.kids, auf denen suchtkranke Kinder und Jugendliche behandelt werden. Bei mehr als 20 Prozent der Jugendlichen tritt ADHS als Begleiterkrankung auf.

FACETTEN: Wie ist der Zusammenhang zwischen Sucht und ADHS zu erklären?

DR. ULRIKE AMANN: Kinder, die an einer ADHS erkrankt sind, erleben in der Schule häufig Misserfolg und Ausgrenzung, insbesondere dann, wenn die Störung nicht behandelt wird. Kommen in der Pubertät entsprechende Kontakte hinzu, sind diese Jugendlichen besonders gefährdet, früh Suchtmittel zu konsumieren. Dies ist häufig mit der Erfahrung verbunden, dass diese kompensierend auf die vorhandenen Symptome wie Impulsivität und Hyperaktivität einwirken. Oft wird auch von einer Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit berichtet.

FACETTEN: Gibt es weitere Faktoren?

AMANN: Bei besonders vulnerablen Jugendlichen, die beispielsweise in einem instabilen Umfeld aufwachsen, besteht ein hohes Risiko, in einen regelmäßigen Konsum mit Abhängigkeitsentwicklung abzugleiten. Die damit verbundene Zugehörigkeit zu einer Gruppe Gleichgesinnter spielt hier zusätzlich eine Rolle.

FACETTEN: Inwieweit beeinflusst ADHS die Therapiemöglichkeiten?

AMANN: Wie auch bei anderen Begleiterkrankungen gilt es in der Suchtbehandlung, beide Störungsbilder in ihrer Wechselwirkung zu sehen, die Funktion des Konsums zu erfassen und Alternativen zu entwickeln. Dies können Maßnahmen sein, die die angemessene Beschulung und das zukünftige Wohnumfeld betreffen oder auch eine erneute medikamentöse Behandlung – bei entsprechend sicherem Einnahmekontext nach Entlassung. Hierbei spielt die Psychoedukation der Jugendlichen und ihren Bezugspersonen eine große Rolle. Weitere Therapiebausteine sind beispielsweise kreatives Gestalten, die Entwicklung beruflicher Orientierungsmöglichkeiten, eine eigene Klinikschule sowie Sport-, Erlebnis- und Bewegungstherapie.

Aufgezeichnet von Heike Amann-Störk

Dennoch müsse man immer abwägen. Denn Stimulanzien gegen ADHS als Medikament haben selbst ein gewisses Suchtpotential. „Ich habe jedoch gerade bei Menschen mit stark ausgeprägter ADHS gute Erfahrungen mit der Gabe von Methylphenidat gemacht“, so der Experte. Denn erst dann sind diese überhaupt in der Lage, sich auf eine längere Therapie einzulassen. Genauso wichtig wie die richtigen Medikamente sei eine umfassende Aufklärung über die ADHS und deren Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum, die sogenannte Psychoedukation. In der Therapie setzen sich die Betroffenen intensiv mit der Motivation auseinander, die hinter dem Suchtmittelkonsum steckt und lernen Strategien, wie sie sich besser konzentrieren und organisieren können. Unterstützt wird dies häufig durch eine entsprechende Medikation.

Auch wenn der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und ADHS inzwischen bekannt ist, erfolge nicht immer eine entsprechende Diagnostik. „Dass ADHS auch im Erwachsenenalter noch eine große Rolle spielt, ist erst seit rund zehn Jahren bekannt“, erklärt Kaeser. Daher sei in Fachkreisen noch Aufklärungsarbeit nötig. Kolleginnen und Kollegen rät er, sehr genau nachzufragen, warum und zu welchem Zweck Suchtmittel eingesetzt werden. Außerdem sollte gezielt nach ADHS gefragt werden. Falls keine entsprechende Diagnose in der Kindheit gestellt wurde, kann es auch aufschlussreich sein, einfach nach der Schulzeit zu fragen oder sich die Verhaltensbeurteilung im Grundschulzeugnis anzusehen. Schon häufig hat er erlebt, dass Patienten wie Walter S. erleichtert sind, wenn sie zum ersten Mal den Zusammenhang zwischen ihrer ADHS und der Suchterkrankung verstehen. So ergibt sich ein neuer Ansatz für die Therapie und die Chance, Schritt für Schritt zur Normalität zurückzukehren. **f**

*Name von der Redaktion geändert
Text: Heike Amann-Störk
Fotos: Ernst Fesseler, Pixabay

Zwischen Alltag und Stress

Zwei Familien. Zwei Kinder. Viele unterschiedliche kleine Herausforderungen und eine große gemeinsame: ADHS. Steht dieses Störungsbild auf der Tagesordnung, fällt der beständige Familienalltag schwer. Diesem und damit dem ADHS-Kind eine Struktur zu geben ist unabdingbar, bedeutet aber oft Stress für alle Beteiligten.

Ruhe. Der Tag beginnt entspannt bei Familie Erler*. Ein ungewöhnlicher Zustand in der Patchworkfamilie, die zu viert in einer Stadtwohnung bei Ravensburg lebt. Denn Tochter Helene* hat ADHS. „Im Moment ist sie in der Betreuung im Sprachheilzentrum“, erklärt Mutter Linda* bei der Begrüßung. Mit einem Lachen ergänzt sie: „Ansonsten wäre hier jetzt Chaos pur.“

Was das bedeuten kann, wird während des Besuchs einer zweiten Familie am Abend deutlich. Es ist laut, sprunghaft und fordernd bei Familie Novak*. „Mama, schau mal, ich esse mit den Händen“, albert Adrian* herum. Auch der fünfjährige Junge hat ADHS. Er vespert gerade. Seine Mutter Claudia* ist alleinerziehend und lebt mit ihm mitten im Grünen bei Weingarten, in einem separaten Anbau am Haus der Großeltern.

Es gibt Wolken- und Sonnentage

Adrian und Claudia: Im Flur der kleinen Wohnung hat Claudia einen Belohnungsplan aufgehängt. „Jeden Abend machen wir eine Besprechung. Wir reden darüber, wie Adrian sein eigenes Verhalten den Tag über empfunden hat. Und auch darüber, wie’s für mich als Mama war“, erklärt sie. „Die Sonne zeigt einen guten Tag an, die Wolke einen eher mäßigen. Am Freitagabend zählen wir die Sonnen und je nachdem, wie viele es sind, bekommt Adrian dann eine Belohnung.“ Für drei Sonnen beispielsweise schauen sie einen Familienfilm, für fünf gibt’s einen Spielplatzbesuch. Nicht gerade einfach, ihren Sohn auf diese Weise zu bewerten, merkt die Mutter an, und beschreibt ihren Zwiespalt so: „Ich bin unsicher, welches Verhalten von meinem Sohn durch die ADHS entschuldbar ist und was

Mal Sonne, mal Wolken – das Familienleben mit ADHS ist herausfordernd.





Eine vertrauensvolle Basis ist für ein gelingendes Elterstraining wichtig.

LERNEN, LOSZULASSEN

Eine ADHS kann anstrengend und belastend sein – nicht nur für die Kinder, sondern auch für deren Eltern. Bei gezielten Trainings werden deshalb Strategien erlernt, die den Familienalltag leichter machen.

Deutsch-Hausaufgaben mag Emil* gar nicht. Wenn er die Aufgabenstellung nicht gleich versteht oder einen Fehler macht, fliegt schon mal ein Buch durch die Gegend. Dieses – für ADHS-Kinder typische – impulsive Verhalten ist für seine Mutter sehr belastend, oft weiß sie nicht mehr weiter oder bricht am Ende selbst in Tränen aus. In speziellen Elterstrainings der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die das ZFP Südwürttemberg am Standort Aulendorf betreibt, erhalten Mütter und Väter Hilfestellung.

„Im Elterstraining sollen besonders belastende Konfliktfelder im Familienleben erkannt und entsprechende Stra-

tegien erarbeitet werden“, erklärt Dr. Corinna Wahrenberger, Ärztliche Leiterin von Tagesklinik und Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Aulendorf. Welche Probleme das sind, wird gemeinsam mit dem therapeutischen Personal bei einem Familiengespräch herausgearbeitet. Zu Beginn geht es jedoch darum, Hemmschwellen abzubauen. Beim ersten Elterstraining zeigt Emil seiner Mutter die Station und erzählt, wie er den Tag dort verbracht hat. Anschließend dürfen Mutter und Sohn gemeinsam an den Tischkicker. Die Bezugserzieherin, die das Training leitet, bleibt im Hintergrund und greift nur bei Bedarf ein. „Bevor wir mit konkreten pädagogischen Empfehlungen arbeiten, muss eine positive Grundlage aufgebaut werden, leistungsfrei und ohne Druck“, erklärt Wahrenberger. „Ziel ist, eine gemeinsame Ebene zu erreichen, von der aus die schwierigeren Themen dann bearbeitet werden können.“

Belastende Situationen erkennen

Am Anfang und Ende eines jeden Elterstrainings findet ein Vieraugengespräch zwischen Mutter und Bezugserzieherin statt. Im Anschluss an das gemeinsame Tischkicken darf Emils Mutter berichten, wie es ihr erging, was gut lief und wie sie

Einblick _

_ Einblick

ihr Kind erlebt hat. „So schön haben wir schon lange nicht mehr gemeinsam gespielt“, fasst sie zusammen. Dann wird besprochen, welche Situationen zu Hause besonders belastend sind und an welchen Themen die Mutter arbeiten möchte. „Hausaufgaben machen ist bei uns die absolute Katastrophe“, erzählt Emils Mutter. „Dann machen wird das doch zum Inhalt des nächsten Trainings“, sagt die Erzieherin.

Sichtlich angespannt erscheint die Mutter eine Woche später zum Termin. Bevor es losgeht, erhält sie von der Erzieherin genaue Anweisungen. Diese schlägt vor, dass die Mutter sich bei ihrem Sohn nach den Aufgaben für heute erkundigen und ihm Hilfe anbieten soll. Die Entscheidung, ob diese tatsächlich in Anspruch genommen wird, liege beim Kind. „Ob das wohl klappt?“, ist die Mutter unsicher. „Er macht doch immer so viele Rechtschreibfehler.“ Die Trainerin ermutigt: „Beobachten Sie einfach mal, was passiert.“ Außerdem gibt sie der Mutter den Tipp, sich nicht so stark auf die Rechtschreibfehler zu fokussieren. „Konzentrieren Sie sich eher auf das, was er gut macht.“

Dann gehen die beiden zu Emil. „Was hast du denn heute auf?“, will seine Mama wissen. „Deutsch, irgendwas mit Bäumen, glaub ich“, sagt der Junge. Er will es alleine versuchen. „In Ordnung. Wenn du mich brauchst, bin ich da“, sagt die Mutter. Nach etwa 20 Minuten kommt Emil angerannt und wedelt mit seinem Schulheft. „Fertig“, ruft er. „Nur eine Aufgabe hab ich nicht verstanden.“ Mit prüfendem Blick sieht die Mutter sich an, was ihr Sohn gemacht hat. Emil rutscht auf dem Stuhl hin und her, sein Blick schweift immer wieder ab, er beobachtet die Wolken vor dem Fenster oder die anderen Kinder in der Tagesklinik.

Positive Rückmeldung geben

„Es hat mich viel Überwindung gekostet, seine Rechtschreibfehler nicht zu korrigieren“, fasst die Mutter bei der anschließenden Reflektion zusammen. „Aber die Stimmung war deutlich entspannter als zu Hause.“ Das fiel auch der Erzieherin auf. „Toll, wie Sie mit Ihrem Kind in Kontakt waren und ihm zugehört haben.“ Sie rät der Mutter, mehr zu loben und Emil nicht nur am Ende, sondern auch immer wieder zwischendurch positiv zu bestärken. Außerdem schlägt sie vor, es mal mit einer Nachhilfe zu versuchen. „Ich könnte mir vorstellen, dass Sie das entlastet.“

„Aber daheim ist alles ganz anders!“ Diesen Satz hört das Team der Tagesklinik oft. „Natürlich lässt sich bei uns keine völlige Realitätsnähe herstellen“, stellt die Leiterin der Tagesklinik klar. Beim genauen Hinschauen würden aber schnell Muster erkennbar, an denen man ansetzen könne. Manchmal kommt dafür auch ein Videotraining zum Einsatz, bei dem eine Interaktion zwischen Elternteil und Kind in der Tagesklinik gefilmt und hinterher ausgewertet wird. „Gerade Mütter

neigen dazu, das Fehlverhalten ihres Kindes sehr lange auszuhalten und verbal zu beschwichtigen“, erklärt Wahrenberger. Dabei schaukle sich die Stimmung auf, bis die Situation eskaliere. Das erzeuge Frust und das Gefühl, versagt zu haben. Auch in der Videoanalyse werden deshalb zunächst einige gelingende Interaktionen wertschätzend mit der Mutter angeschaut. Erst danach wird bei der Betrachtung der eskalierenden Situation auf den Zeitpunkt hingewiesen, an dem die Mutter sich hätte zurückziehen können.

Das Selbstbewusstsein der Eltern stärken und ihnen klarmachen, dass sie nicht für alles die Verantwortung tragen - das sind wichtige Funktionen des Elterstrainings. Auf diese Weise lernt Emils Mutter beispielsweise, es sich und ihrem Sohn zu erlauben, dass die Hausaufgaben auch mal nur zur Hälfte, dafür aber in guter Atmosphäre miteinander erledigt werden. Das wird sie der Lehrerin, mit der sie in Kontakt steht, mitteilen. „Wenn es uns gelingt, den Druck auf diese Weise zu verringern, haben wir viel gewonnen“, findet Wahrenberger. ■

*Name von der Redaktion geändert
Text: Heike Amann-Störk
Fotos: Ernst Fessler

Die Tagesklinik Aulendorf bietet für Eltern und Kindern einen geschützten Rahmen, in dem belastende Situationen erkannt und aufgearbeitet werden können.





Einblick _

_ Einblick

Sich einmal drei Stunden konzentrieren können...

...wünscht sich David K.*. Als junger Erwachsener hat er wegen seiner Aufmerksamkeitsstörung vielfältige Probleme. In der Therapeutischen Wohngruppe in Ehingen arbeitet er an sich selbst und an einem strukturierteren Alltag.

Zack. Die rechte Hand zuckt in einer schnellen Bewegung an den linken Oberarm. Und umfasst ihn. Und wieder. David K.* macht das unbewusst, die Bewegungen kann er kaum kontrollieren. Denn er hat Ticks. Sie treten auf, wenn er aufgeregt ist. Bei Gesprächen oder Aufgaben kann der junge Erwachsene nicht lange bei der Sache bleiben. Das Gefühl, sich nicht konzentrieren zu können, kennt David schon jahrelang. Es fing bereits im Kindesalter an. Als er

vier Jahre alt war, erhielten die Eltern die erste Diagnose ihres Sohnes: eine Autismus-Spektrumsstörung. Im Kindergarten konnte er mit den anderen Kindern nicht mithalten, er wirkte unkonzentriert und war oft in Streite involviert. In der Schulzeit äußerte sich seine unkonzentrierte Art auf andere Weise und er bekam Ticks. Mitschüler hänselten ihn. Auch nachts im Schlaf gab er zu der Zeit Geräusche von sich und zuckte wegen seiner Ticks. „Für meine Familie

war das sehr schwer und meine Mutter meinte, ich brauche eine Therapie“, erinnert sich David zurück.

Verhalten führt zu Problemen

2011 erhielt der Jugendliche in einer psychiatrischen Tagesklinik in Ulm die Diagnose Tourette-Syndrom und hierfür ein passendes Medikament. In der Schulzeit auf der Waldorfschule blieb er aber unkonzentriert. Im Frühjahr 2018

wurde bei ihm schließlich eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert. Die Störung äußerte sich bei David folgendermaßen: In der Schule konnte er sich nicht mehr konzentrieren, zusätzlich leidet er an einer Lernschwäche und an einer Intelligenzminderung. „Ich hatte einen starken Bewegungsdrang und musste mich einfach austoben“, berichtet der junge Mann, der zu der Zeit viel Sport trieb. Es folgten weitere Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da er dem Unterricht nicht folgen konnte und sich zu viel Stress machte.

Hilfreiche Strategien entwickeln

Nach stationären Aufenthalten in der Erwachsenenpsychiatrie in Ulm und Bad Schussenried bekam er Anfang des Jahres schließlich einen Platz in der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) des ZfP Südwürttemberg in Ehingen. Hier arbeitet er an sich und nimmt verschiedene Angebote wahr. In Gesprächen mit seiner Psychologin lernt er, wie er sich in bestimmten Situationen verhalten kann. Außerdem besucht er die Kunsttherapie. „Wenn mich etwas interessiert, kann ich mich schon konzentrieren“, meint er. Aber zu oft falle ihm nebenher etwas anderes ein, oder er ist in Gedanken versunken und bekommt nicht mit, was um ihn herum passiert. Derzeit versucht er, sich eine Stunde ganz auf seinen Besuch oder einen Film einlassen zu können, seine Gedanken zu bündeln. Das gelingt ihm nicht immer. „Ich wünsche mir, mich auch einmal drei Stunden auf eine Sache konzentrieren zu können.“ Sein aktuelles Leseprojekt ist ein Buch der „Harry Potter“-Reihe. „Aber ich gähne immer wieder und weiß hinterher nicht, was ich gelesen habe“, gibt der 21-Jährige zu.

Die Ticks hat er noch heute, früher waren sie jedoch extremer. „Ich fasse mir noch oft mit der einen Hand ans andere Handgelenk“, beschreibt der junge Mann. Warum er das tut? Um sich abzulenken, wenn ihm etwas zu viel wird. Aber auch,



Angebote wie die Entspannungsecke, die Kochgruppe und die Organisation der Finanzen verhelfen Betroffenen zu einem strukturierten Leben.



Junge Erwachsene mit ADHS haben vielfältige Probleme. Die TWG geht individuell auf diese ein.

wenn er unter Stress gerät oder etwas nicht an sich heranlassen will. Mittlerweile hat er mithilfe der Mitarbeitenden in der Wohngruppe hilfreiche Strategien und Ablenkungsmanöver entwickelt, mit denen er die aufkommenden Impulse ableiten kann. Probleme hat er noch bei der Organisation von Dingen. „Ich kann mir schlecht Termine merken und vergesse Sitzungen bei der Psychologin“, erzählt David. Er könne auch nicht pünktlich aufstehen. Insgesamt sei er aber ruhiger geworden. „Ich muss beim Essen zum Beispiel nicht dauernd quatschen.“ Früher habe er sofort ausgesprochen, was er denkt und so auch andere verletzt. Heute denke er vorher mehr nach. Der junge Mann interessiert sich für Fitness und betreibt Hanteltraining. „Sport gibt mir mehr Selbstvertrauen“, meint er.

Mit den anderen Bewohnenden der TWG versteht er sich gut. In der Wohngruppe will er demnächst das Einkaufstraining ausprobieren, um besser mit Geld umgehen zu können. Insgesamt sieht sich David selbst auf einem guten Weg und will sich weiter stabilisieren. „Ich will meine Unkonzentriertheit verbessern, fokussierter werden und motorisch ruhiger werden“, fasst er es zusammen. Sein großes Ziel ist es, beruflich weiterzukommen. „Ich will einmal Zierpflanzengärtner werden. Da kümmert man sich um Blumen, ist an der frischen Luft und hat viel Bewegung“, erzählt David motiviert. **f**

*Name von der Redaktion geändert
Text: Elke Cambré
Fotos: Ernst Fesseler, Pixabay



Nachgefragt

ADHS bei jungen Erwachsenen

Johannes Bürker, Leiter der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) des ZfP Südwürttemberg in Ehingen, kennt die Probleme von jungen Erwachsenen mit ADHS. Für sie bietet die TWG verschiedene Angebote an.

FACETTEN: Was ist zu beachten bei jungen Erwachsenen mit ADHS?

JOHANNES BÜRKER: Wir erleben in der TWG viele junge Erwachsene mit schwerwiegenden Auffälligkeiten wie bei ADHS. Sie haben oft lange Behandlungswege durch verschiedene Einrichtungen hinter sich, waren oft schon in mehreren Pflegefamilien und zeigen ein schwerwiegendes herausforderndes Verhalten. Das sind zum Beispiel starke Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität. Die erlernten Verhaltensmuster aus der Kindheit erzeugen Angst oder Flucht aus schwierigen Situationen.

FACETTEN: Welche Herausforderungen ergeben sich für das Pflegepersonal?

BÜRKER: Wir wollen auf alle Betroffenen gleichermaßen eingehen. Unsere Aufgaben sind unter anderem der Beziehungsaufbau, Tagesstrukturierung und auch bei schwierigen Verhaltensweisen keine ablehnende Haltung zu zeigen. In Krisensituationen bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung sind Isolierungen oder Fixierungen als letztes Mittel nötig, wenn gewaltfreie Kommunikation und deeskalierende Maßnahmen keine Wirkung zeigen. Dies erfordert bei elf Plätzen einen hohen Personaleinsatz. Die Mitarbeitenden besuchen regelmäßig PAIR-Coaches. Darin werden unterschiedliche Methoden besprochen und der Umgang in schwierigen Situationen eingeübt. Zweimal wöchent-

lich besprechen wir uns bei Falldarstellungen zusammen mit dem Team und den Betroffenen.

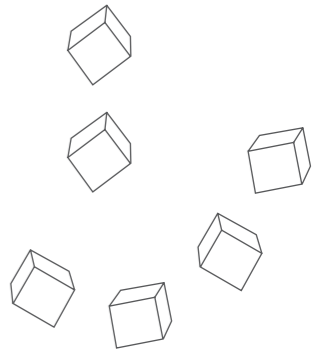
FACETTEN: Wie unterstützt die Therapeutische Wohngruppe Betroffene im Alltag?

BÜRKER: Wir haben verschiedene Beschäftigungsangebote wie die Back- und Kochgruppe, die alltagspraktische Fähigkeiten vermitteln. Beim Einkaufstraining üben wir mit den Klient*innen den Umgang mit Geld und die Organisation ihrer Finanzen. Tagesstruktur bietet das gemeinsame Mittagessen und die Zubereitung. In einem individuell auf die Bewohnenden abgestimmten Wochenplan sind die Aufgaben und Ziele festgelegt. Durch eine reizarme Umgebung und eine klare Aufgabenstellung wollen wir Unter- oder Überforderung vermeiden. Für Situationen mit Anspannungen bieten wir ein Skills-Training an, das auch ADHS-Betroffenen hilft, mit ihrer Impulsivität umzugehen. Mindestens einmal wöchentlich findet ein Gespräch mit der Psychologin statt. Die Wohngruppe bietet zudem noch weitere Möglichkeiten wie beispielsweise eine Entspannungsecke, einen Barfußpfad und ein Hochbeet im Garten.

Aufgezeichnet von Elke Cambré
Foto: Elke Cambré

ADHS und Ernährung

Wie ernähre ich mein Kind richtig? Diese Frage ist für Eltern ohnehin schon eine große. Bei einer ADHS herrscht zudem oft Unsicherheit, ob die Erkrankung durch bestimmte Lebensmittel verschlimmert, verbessert oder gar behoben werden kann.



Patricia Sperlich, Diätassistentin im ZfP Südwürttemberg am Standort Bad Schussenried, kann diese Unsicherheit gut nachempfinden. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus aktuellen Studien heraus liefern jedoch keine eindeutigen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Ernährung und einer Verbesserung oder einer Verschlechterung von ADHS.

Dennoch hat sie ein paar Tipps. Diese können die Symptome aber lediglich positiv beeinflussen, nicht beseitigen. Die Diätassistentin empfiehlt grundsätzlich die Reduktion von Zucker und zuckerhaltigen Produkten. „Sie heben den Insulinspiegel an. Das kann – neben den körperlichen Folgen wie etwa Bluthochdruck oder Übergewicht – auch Auswirkungen auf die Psyche haben, noch hibbeliger, angespannter und auch aggressiver machen.“ Zugleich macht die Fachfrau klar: „Kindern mit oder ohne ADHS Süßigkeiten zu verbieten, ist aber auch nicht die Lösung! Dann naschen sie womöglich heimlich und es wird unkontrolliert.“

Daher sei das Maßhalten und das individuell auf das Kind angepasste Dosieren von Süßem in beide Richtungen wichtig – nicht zu viel, nicht zu wenig. Auch „versteckter Zucker in Softgetränken, in Fruchtsäften und auch vermeintlich gesunder Honig im Tee“ sei dabei einzubeziehen, so Sperlich. „Den Flüssigkeitsbedarf von 1 bis 1,5 Liter deckt man also am besten mit Mineralwasser.“ Grundsätzlich sollte die Ernährung aus-

gewogen und abwechslungsreich sein. Das heißt: viel Gemüse, Vollkornprodukte, Obst und auch Fisch und Fleisch. Von sogenannten Zero-Produkten rät die Expertin ab. Zwar stecke in diesen null Zucker und null Kalorien, dafür aber umso mehr Süßstoffe und diese regen den Appetit wiederum an. Genauso gilt dies für die meisten Fertigprodukte, sie enthalten zusätzlich zum Zucker oft viele weitere appetitanregende Geschmacksverstärker, Konservierungsstoffe und Fette. „Gegen tiefgekühltes Gemüse spricht jedoch nichts. In Sachen Vitamingehalt steht das der Frischware nicht nach“, sagt die Ernährungsberaterin. Dennoch rät sie, lieber frisch, saisonal und bewusst zu essen sowie zu kochen. Und das am besten: gemeinsam.

„Nehmen Sie sich Zeit für und mit Ihrem Kind“, betont die Diätassistentin. „Essen Sie mindestens eine Mahlzeit am Tag zusammen und beziehen Sie Ihr Kind beim Kochen mit ein. Auch, wenn das manchmal anstrengend ist, kommt da mehr als ein fertiges Essen zustande, nämlich eine wertschätzende Haltung, ein Training der Konzentrationsfähigkeit und Motorik plus viel gemeinsamer Spaß.“ Der Umgang mit Essen und Ernährung sollte möglichst immer ein ganz natürlicher bleiben, rät Sperlich.

Weder Maßlosigkeit noch zu rigide Regeln oder gar Verbote seien förderlich, sondern ein gesundes Bewusstsein. Darauf komme es rundum an, resümiert die Diätassistentin des ZfP Südwürttemberg. Der Fokus sollte bei einer ADHS auf anderen Werten als der Ernährung liegen, schließt sie ab und gibt zu bedenken: „Es geht mehr darum, ein Ventil für die Kinder zu finden – nicht, dass das Essen zum Ventil wird.“ **f**

Text: Sarah-Lisa Nassal
Illustrationen: openminded

So viel Zucker steckt drin

1 Tüte Gummibärchen	70 Würfelzucker
1 Flasche Ketchup	33 Würfelzucker
1 große Tasse Kakao	5 Würfelzucker
2 mittelgroße Kartoffeln	4 Würfelzucker
1 Handvoll Obst	3 Würfelzucker
1 Flasche Mineralwasser	0 Würfelzucker

Literatur- und Filmempfehlungen

Mommy

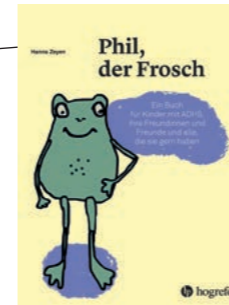
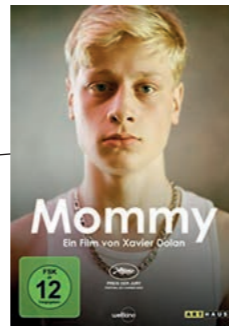
2014, 132 Minuten, Regie: Xavier Dolan

Von der Stärke einer liebenden Mutter

Diane bezeichnet das Leben mit ihrem Sohn Steve als Glücksspiel: „Du gewinnst so lange, bis du verlierst.“ Mit viel Hingabe setzt sie sich unentwegt für den Jugendlichen ein. Doch Steve neigt wegen seiner ADHS zu Gewalt- und Wutausbrüchen und eckt überall an. Frischen Wind ins Familienleben bringt die neue Nachbarin Kyla. Doch kann sie langfristig helfen?

Emotionaler Film mit einer Mutter, die ihren Sohn trotz aller Schwierigkeiten über alles liebt. Interessant für den Zuschauer ist auch das quadratische Bildformat.

Elke Cambré



Phil, der Frosch

Ein Buch für Kinder mit ADHS, ihre Freundinnen und Freunde und alle, die sie gern haben

Hanna Zeyen

ISBN: 978-3-456-85621-6

Der Hase im Frosch

Manchmal fühlt sich Phil der Frosch als ob ein Hase in ihm hoppelt und ihm die Ohren zuhält: Dann kann Phil nicht mehr still sitzen, hört nicht darauf, was seine Mutter zu ihm sagt und es sprudeln manchmal böse Wörter aus ihm heraus. Phil vertraut sich seiner Mutter an. Und die ist gar nicht sauer, sondern geht mit Phil zu einem Spezialisten. Bald lernt Phil, wie er mit dem inneren Hasen umgehen kann.

Einfache Sätze, unterstützendes Wissen und spielerische Übungen. Das versteht jedes Kind – zum Glück.

Rieke Mitrenga



Der kleine Zappel-Philipp

2012, 80 Minuten, Regie: Anna van der Heide, Drehbuch: Tamara Bos

Gemeinsam ist es zu schaffen

Bram ist fröhlich, kreativ und wissbegierig – bis er in die Schule muss. Dort fängt der Stress an: Er stört den Unterricht, ist mit seinen Gedanken ganz woanders und schafft die ihm gestellten Aufgaben nicht. Seinen Lehrer bringt er damit bald zur Weißglut und auch seine Eltern kommen an ihre Grenzen... Der Film schafft es dabei, ADHS auf unterhaltsame Weise darzustellen, ohne kitschig zu werden – auch wenn es im echten Leben nicht immer ganz so einfach zugehen dürfte.

Der positive Grundton überzeugt – sehenswert!

Stefan Angele



Die Elefanten meines Bruders

Helmut Pöll

ISBN: 978-3-95761-017-1

Volle Kraft voraus

Der elfjährige Billy Hoffmann hat ADHS. Tapfer schlägt er sich durch seine Therapie, die seine Eltern noch ein bisschen wichtiger finden als er selbst. Billys größter Wunsch ist es, mit seinem Bruder Philipp zu den Zirkuselefanten zu gehen. Doch Philipp wird am Abend vor der Vorstellung überfahren. Die Familie muss dadurch mit gleich zwei schwierigen Themen umzugehen lernen - für alle und erst recht für Billy eine große Herausforderung.

Eine einfühlsame Familiengeschichte - zum Lachen und Verstehen gleichermaßen.

Sarah-Lisa Nassal

Redaktion

Heike Amann-Störk weiß nun, dass es einhäusige und zweihäusige Bäume gibt.

Stefan Angele sieht so manches Kindermärchen mit ganz anderen Augen.

Elke Cambré hat gelernt, dass man Erwachsenen ihre ADHS nicht unbedingt anmerken kann.

Rieke Mitrenga versteht nun, warum man eine Kamera auf der Kinderstation nie aus den Augen lassen sollte.

Sarah-Lisa Nassal kennt nun die Bedeutung von Wolken- und Sonnentagen.

Redaktionstipp ...



Podcast: Fab und Tab

Abrufbar über www.fabundtab.ch oder bei Spotify und iTunes.

Redä über ADHS

In wohlklingendem Schweizerdeutsch berichten die beiden ADHSlerinnen Fab und Tab, wie sie mit ihrer Erkrankung im Alltag zurechtkommen. Neben frauenspezifischen Themen wie das Muttersein mit ADHS sprechen sie über ihre Erfahrungen in der Arbeitswelt, wie es um ihre Kritikfähig oder Entscheidungsfreudigkeit steht oder ob Menschen mit ADHS wirklich so impulsiv sind, wie oft angenommen wird. Toll sind auch die vielen Tipps, beispielsweise, wie man durch das Anlegen von Listen den Kopf entrümpeln kann. Die beiden sind auch auf Instagram und in einem Blog aktiv, reinschauen lohnt sich.

Authentisch und auch ohne Dolmetscher gut verständlich.
Heike Amann-Störk

bemerkenswert

Buch: Klar kann jedes Kind entspannen: Maltes Lieblingstrick gibt kindgerechte Anleitungen zu Bauchatmung und Progressiver Muskelrelaxation. Autorin Anja Freudinger bettet ihre Entspannungsübungen für Kinder ein in eine charmante Geschichte von Malte und seiner Oma.

Film: Der gezeichnete Kurzfilm ADHS in der Schule vermittelt einen Einblick in die diversen Probleme, mit denen ADHSler in der Schule konfrontiert sind. Das von Sprouts School erstellte Video dürfen Lehrkräfte in ihren Schulen frei abspielen oder in den Online-Unterricht integrieren.



Spielzeug: (Keine) Kante zeigen! Kapla-Steine sind Holzbausteine mit abgeschliffenen Kanten. Durch diese Besonderheit, ihren nahezu identischen Maßen und der geraden Form lassen sich mit den Steinen leichter standhaftere Bauwerke aufstellen. Ein nicht ganz günstiges, aber wunderbares Echtholz-Spielzeug, das die Konzentration schult.

Information, Beratung und Kontakt



Information und Beratung

Das zentrale **ADHS-Netz** ist ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Das Informationsportal richtet sich insbesondere an Betroffene sowie an deren Bezugspersonen. www.adhs.info

Das Netzwerk bietet zudem Informationen für Fachleute und Pädagog*innen sowie zu regionalen Versorgungsmöglichkeiten an. www.zentrales-adhs-netz.de

Der Bundesverband **ADHS Deutschland** arbeitet mit dem Ziel, Betroffene, Eltern, Behandelnde und Institutionen über Krankheitsbild, Therapiemöglichkeiten und Krankheitsverlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung aufzuklären. Darüber wird eine Verbesserung der Früherkennung sowie der Therapie-, Rehabilitations- und Bildungsangebote angestrebt. www.adhs-deutschland.de

Die **Arbeitsgemeinschaft ADHS** bietet Informationen, Aktuelles sowie praktische Tipps und Hilfen rund ums Thema. Die Mitglieder der AG, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS im deutschsprachigen Raum betreuen, wollen die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Menschen mit ADHS erreichen. www.ag-adhs.de

Auf der Website der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** stehen die Kurz- und die Langfassung der Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ zum Download bereit. www.awmf.org

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** stellt eine Broschüre zur Verfügung, die umfassend und sachlich über das Störungsbild informiert. Sie richtet sich neben Eltern auch an Kita-Fachkräfte sowie Lehrerinnen und Lehrer. www.bzga.de

Die AOK bietet ein **Online-Elterstraining** an, das bei typischen Erziehungsproblemen helfen soll. Laut den Angaben der Krankenkasse ist es besonders geeignet für hyperaktive und impulsive Kinder – mit oder ohne ADHS-Diagnose. adhs.aok.de



Selbsthilfegruppen vor Ort

Region Ravensburg-Bodensee
Ravensburg: Monika Bloching
bloching-hirschle@t-online.de

Region Alb-Neckar
Reutlingen: Yvonne Mayer
☎ 0152 23663203
adhs.neckaralb@gmail.com

Region Donau-Riss
Ulm: Yvonne Freier
☎ 0152 24275463
adhsgruppe-ulm@web.de



10 Tipps für Eltern

1. Nehmen Sie die guten Seiten Ihres Kindes wahr und bestärken Sie diese.
2. Loben Sie Ihr Kind.
3. Stellen Sie klare Regeln auf.
4. Sprechen Sie eindeutig und dem Kind zugewandt.
5. Geben Sie eine verlässliche Tagesstrukturierung vor und pflegen Sie Rituale.
6. Reagieren Sie konsequent und unmittelbar, wenn Ihr Kind eine Regel übertritt.
7. Versuchen Sie, Probleme vorherzusehen.
8. Behalten Sie die Geduld und Übersicht.
9. Erzwingen Sie nichts.
10. Denken Sie auch mal an sich selbst.

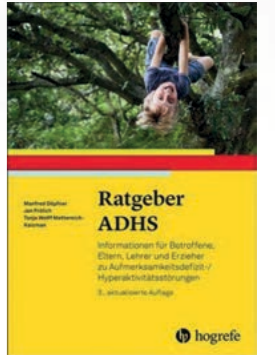


Lesenswertes

Ratgeber ADHS

von Manfred Döpfner, Jan Frölich und Tanja Wolff Metternich-Kaizmann

Der „Ratgeber ADHS“ richtet sich an Betroffene, Eltern, Lehrer*innen und Erzieher*innen. Zu empfehlen ist er den im Thema noch Unkundigen als eine kompakt gehaltene ADHS-Fibel für erste Einblicke in ein nicht leicht zu ergründendes Problem. Für Leser*innen, welche tiefer in die Thematik einsteigen möchten, ist von derselben Autorengruppe das Buch „Wackelpeter und Trotzkopf - Hilfen für Eltern bei ADHS-Symptomen, hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten“ eine gute Alternative.



Lernen mit ADHS-Kindern

von Armin Born und Claudia Oehler

„Lernen mit ADHS-Kindern“ bietet Hilfen für einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Teufelskreis Aufmerksamkeits- und Lernprobleme an. Es versteht sich als eine Art Nachschlagewerk, in dem Leser*innen zu einem bestimmten Punkt konkrete Hilfestellungen erhalten sollen. Das Buch gliedert sich in drei Teile: Teil 1 beschäftigt sich mit den typischen Lern- und Leistungsproblemen, Teil 2 bespricht allgemeine Tipps zum Lernen und Teil 3 gibt Lehrenden und Therapierenden konkrete Lernhilfen und -strategien.

Ich dreh gleich durch!

von Anna Maria Sanders

Die Leser*innen erhalten in Tagebuchform einen Eindruck davon, wie der elfjährige Max, der ADHS hat, die Welt sieht, aber auch, wie er von außen wahrgenommen wird: als entsetzlich anstrengend und doch sehr liebenswert. Immer wieder unterfüttert die Autorin die fiktive Geschichte mit Sachinformationen, und am Ende des Romans bietet sie ein sieben Seiten starkes Literaturverzeichnis zur weiteren Vertiefung an.





Übrigens _

Mal schriller, mal ruhiger – jedes Kind ist anders.

Übrigens...

ADHS ohne Hyperaktivität

Immer wieder führen die Abkürzungen ADHS und ADS zu Unklarheiten. Wenn dann noch die englische Bezeichnung ADD (Attention Deficit Disorder) ins Spiel kommt, ist das Begriffschaos perfekt. Oft wird ADHS mit ADS gleichgesetzt. Doch es gibt eindeutige Unterschiede. Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) fehlt das H für Hyperaktivität, sie sind unkonzentriert, zerstreut und abgelenkt, zeigen aber keine hyperaktiven und weniger impulsive

Verhaltensweisen. Man nennt sie auch Träumerchen. Die ADS fällt durch die fehlende Hyperaktivität nicht so schnell auf, wird demnach weniger diagnostiziert und auch immer mal wieder gar nicht erkannt. Vom Geschlechterverhältnis her sind deutlich mehr Mädchen betroffen als bei ADHS, die Jungen überwiegen jedoch auch hier. Der Behandlungsansatz ist auch bei diesen Kindern zunächst pädagogisch-therapeutisch und je nach Schwere und Ausprägung medikamentös.

Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

In manchen Fällen von ADHS können im Verlauf auch Schwierigkeiten im Sozialverhalten dazukommen. Man spricht dann von einer Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Darunter versteht man ein durchgehendes Muster von aggressivem, oppositionellem und dissozialem Verhalten. Als Folge werden die Betroffenen oft noch mehr sozial ausge-

grenzt, können sich nur noch in dissozialen Jugendlichengruppen verorten und sind nur noch randständig in die soziale Gemeinschaft integriert. Es kommt zu einem fließenden Übergang vom hibbeligen, gegebenenfalls schwierigen ADHS-Kind zum regelbrechenden, soziale Normen verletzenden Jugendlichen.

Fotos: Stefan Angele

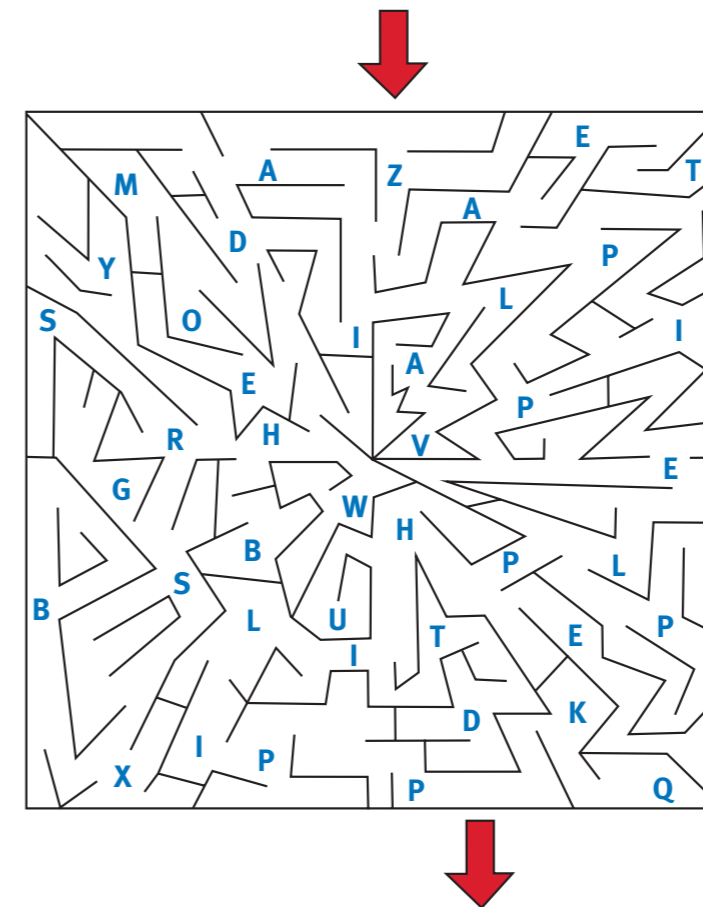
_ Schlusslicht

Rätsel

Mitmachen und gewinnen!

Welcher Weg ist der richtige?

Senden Sie das Lösungswort per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de oder schicken Sie eine frankierte Postkarte an das ZfP Südwürttemberg, Abteilung Kommunikation, Pfarrer-Leube-Str. 29, 88427 Bad Schussenried.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Etwas Ablenkung gefällig? Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir ein Kugel-Labyrinth von Chartres. Gefertigt in den Wendelstein Werkstätten, wurde es mit dem Siegel "Spiel gut" für pädagogisch besonders wertvolles Spielzeug ausgezeichnet. Einsendeschluss ist der **15. Februar 2021**.

Haben Sie's gewusst?

In der Juli-Ausgabe haben wir den Lösungsbuchstaben B gesucht. Gewonnen hat Regine Schaumann.

Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg — Herausgeber ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de — Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe Stefan Angele — Redaktion Prof. Dr. Isabel Böge, Heike Amann-Störk, Stefan Angele, Elke Cambré, Rieke Mitrenga, Sarah-Lisa Nassal — Konzept und Gestaltung openminded, Inhaberin Ursi Zambrino, Ulm/Hamburg — Druck Druckerei der Weissenauer Werkstätten — Auflage 4.700 Exemplare — Gedruckt auf Arctic Volume — Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation unter 07583 33-1588 oder per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden — Die nächste Ausgabe erscheint im April 2021.

Um die Privatsphäre von Patient*innen zu schützen, greifen wir bei Fotos für Facetten auch auf Mitarbeitende des ZfP als Statistinnen und Statisten zurück.

„Er ist ein ganz normales Kind. Er hat eben
stärkere Gefühle als die anderen Kinder.“

Claudia, Mutter von Adrian