



O.P.I.S.

Das ADS verstehen – meinem Kind helfen

von Dr. Nicolas Gumpert



O.P.I.S. - Online Patienten **I**nformations **S**ervice

www.online-patienten-informations-service.de

www.dr-gumpert.de



Das ADS verstehen – meinem Kind helfen

von Dr. Nicolas Gumpert

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	5
1. Begriffsbestimmung	7
1.1. Häufigkeit	8
1.2. Ursachen des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms	9
➤ MCD als Ursache von ADS	9
➤ Allergische Reaktionen	12
➤ Familiäre Häufung	12
❖ Vererbung	12
❖ Umwelteinflüsse	13
➤ Neurobiochemische Ursachen	15
1.3. Zusammenfassung der Ursachen nach derzeitigem Forschungsstand	16
2. Diagnosefindung	17
2.1. Symptome	19
2.2. Die Befragung der Eltern	20
2.3. Die Beurteilung der Situation durch die Schule	24
2.4. Das Erstellen eines psychologischen Gutachtens	25
2.5. Die ärztliche Untersuchung	28
2.6. Idealer Verlauf der Diagnose eines ADS	31
3. Therapiemaßnahmen	34
3.1. Die medikamentöse Therapie des ADS	35
➤ Stimulanzien	38



❖ Methylphenidat	38
❖ Weitere Stimulanzien	43
❖ Verreisen mit BTM – Medikamenten	44
❖ Aussetzen der Medikation am Wochenende oder in den Ferien	45
➤ Antidepressiva	46
❖ NARI	48
❖ Klassische Antidepressiva	49
❖ MAO – Hemmer	51
➤ Abschließende Bemerkung zur medikamentösen Therapie des ADS	52
3.2. Psychotherapeutische Therapieformen	54
➤ Tiefenpsychologische Behandlung	56
➤ Verhaltenstherapie	60
❖ Kognitive Verhaltenstherapie	62
• Das operante Konditionieren	63
• Problemlösetraining	65
• Selbstmanagement	66
• Sozialkompetenz – Training	68
• Verschiedene Methoden zur Entspannung ...	69
○ Autogenes Training	69
○ Progressive Muskelrelaxation / Muskelentspannung (PMR)	71
○ Yoga	72
➤ Systemische Therapieformen	72
❖ Systemische Familientherapie	73
3.3. Heilpädagogische Therapieformen	75



➤	Bewegungstherapie	75
❖	Ergotherapie	75
➤	Therapie mit Tieren	78
➤	Therapeutisches Reiten	79
3.4.	Alternative Behandlungsformen	80
➤	Homöopathie	80
➤	Neurofeedback / EEG – Biofeedback	81
➤	Ernährungstherapeutische Maßnahmen	83
❖	Ernährungstherapie	83
❖	Nährstofftherapie	84
➤	Verschiedene Diätformen	84
❖	Oligo – Antigene – Diät (Diät nach Egger)	85
❖	Diät nach Feingold	86
❖	Diät nach Hafer	86
3.5.	Umstrittene Therapieformen	87
➤	AFA – Algentherapie	87
4.	ADS – Wörterbuch	88
5.	Schlusswort	94



Vorwort

Dieses Buch vermittelt dem Laien in verständlicher Weise Fachinformationen zum Thema „Aufmerksamkeits – Defizit - Syndrom“. Die Autoren sind hierbei bemüht, den neuesten Stand der Forschung wiederzugeben. Dennoch kann es vorkommen, dass neueste Erkenntnisse aus aktuellen Entwicklungen noch nicht verarbeitet wurden. Dieses Buch erhebt deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll speziell Eltern aufmerksamkeitsdefizitärer Kinder, aber auch deren Lehrer und alle an der Erziehung des Kindes Beteiligten ansprechen, die sich umfassend über die Erkrankung und deren Therapiemöglichkeiten aufklären möchten.

Ziel ist es, bei Ihnen ein Bewusstsein für Ihre Erkrankung zu entwickeln, Ängste zu nehmen, Aufklärung zu betreiben und damit die Kompetenz für das Gespräch mit Ihrem Arzt und / oder Therapeuten zu vermitteln.

Der medizinische Alltag zeigt, dass für ausführliche Aufklärungsgespräche in einem laufenden Praxisbetrieb leider zu wenig Zeit bleibt. Aber nur aufgeklärte Menschen / Patienten werden die Behandlung des Aufmerksamkeits – Defizit - Syndroms optimieren können. Wissenschaftliche Studien belegen, dass der gut informierte Patient, bzw. dessen Angehörige eine Erkrankung günstig beeinflussen können.

Dieses Buch ist als Informationsschrift entwickelt worden und **nicht** als Anleitung zur Selbstbehandlung gedacht! Für die Diagnose und Therapie Ihrer Erkrankungen ist ausschließlich der fachkundige Arzt / Kinderarzt Ihres Vertrauens zuständig. Verordnete Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen dürfen **keinesfalls** ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt aufgrund dieser Fachinformation geändert oder abgesetzt werden.

Dies kann zu erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen!

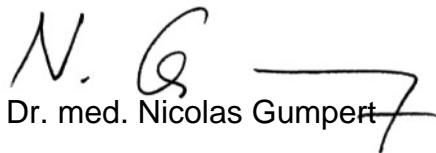
Die Autoren haben sich bemüht, einen umfassenden Überblick über das Krankheitsbild des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms aufzuzeigen, können jedoch für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Behandlungsweges **keine Haftung** übernehmen. Insbesondere haften die Autoren nicht für Behandlungsmaßnahmen, die der Leser ohne

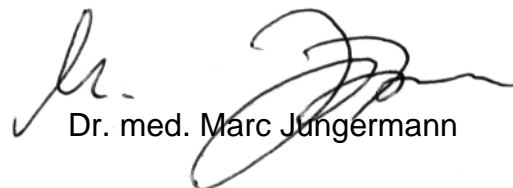


Rücksprache und Beratung mit seinem Arzt vornimmt. Dieses Buch ersetzt kein Beratungsgespräch mit dem Arzt Ihres Vertrauens.

Dieses Buch ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Wir wünschen Ihnen einen guten Therapieerfolg.


Dr. med. Nicolas Gumpert


Dr. med. Marc Jungermann



1. Begriffsbestimmung

Unter einem Aufmerksamkeits - Defizit - Syndrom (ADS) versteht man ein ausgeprägt unaufmerksames Verhalten, das über einen längeren Zeitraum (etwa sechs Monate) hinweg in mehreren Lebensbereichen (Kindergarten / Schule, zu Hause, Freizeit) auffällig wird. Dieses unaufmerksame Verhalten kann in drei verschiedenen Formen in Erscheinung treten.

1. Als **Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom** ohne Hyperaktivität (**ADS**), auch bekannt unter der englischen Bezeichnung **ADD** (**A**ttention – **D**eficit – **D**isorder)
2. Als **Aufmerksamkeits – Defizit – Hyperaktivitäts – Syndrom** mit (**ADHS**) , auch bekannt unter der englischen Bezeichnung **ADHD** (**A**ttention – **D**eficit – **H**yperactivity – **D**isorder)
3. Als Mischform aus beiden Varianten.

Umgangssprachlich werden ADS – Kinder oft als Träumer bezeichnet, ihre Probleme werden – im Gegensatz zu der hyperaktiven Symptomatik – in der Regel schwerer, leider häufig auch sehr spät erkannt. In der Gemeinschaft mit anderen Kindern werden ihre Verhaltensweise und Probleme von anderen, auffälligeren Verhaltensweisen überlagert.

Bei allen drei Formen des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms (ADS, ADHS und Mischtyp) handelt es sich um klar definierte Krankheitsbilder, die Mängel in der gezielten Ausrichtung der Aufmerksamkeit und somit in der Konzentrationsfähigkeit aufweisen. Diese Mängel durchziehen in der Regel alle Lebensbereiche des Kindes, also sowohl Kindergarten oder Schule als auch den familiären und den Freizeitbereich. Besonders in Phasen, in denen Kinder über einen längeren Zeitraum hinweg ihre Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Gebiet ausrichten, werden Konzentrationsmängel deutlich und weitere typische Symptome treten in Erscheinung. Darüber hinaus unterscheiden sich ADS und ADHS – Kinder in unterschiedlichen Begleitsymptomen, die als typenspezifisch bezeichnet werden können.



Dieses Buch soll Ihnen helfen, sich mit dem Krankheitsbild ADS vertraut zu machen und Ihnen im Gespräch mit dem Pädagogen, Psychologen und / oder Arzt helfen.

Es zeigt sich, dass ein aufgeklärtes Umfeld eines ADS – Patienten das Krankheitsbild besser verstehen, Verhaltensweisen verständnisvoller zuordnen und durch die Integration in ein individuell passendes Therapiekonzept besser zur Symptomlinderung beitragen kann.

1.1. Häufigkeit

Aufgrund der Tatsache, dass die Diagnose eines ADS schwierig und leider oftmals auch immer noch fehlerhaft ist, ist eine eindeutige Häufigkeit von ADS - Fällen nur schwer zu bestimmen.

Entsprechend neuester Forschungsergebnisse geht man zurzeit davon aus, dass etwa 3 bis 10% der Bevölkerung an einem der drei Varianten leiden. Davon entfällt etwa die Hälfte auf die Altersgruppe der 6 bis 18 – Jährigen. Verschiedene Untersuchungen gehen davon aus, dass die ADS – Symptomatik bei 30 bis 50 % im Erwachsenenalter erhalten bleibt.

Das Verhältnis von ADS zu ADHS wird auf etwa 1: 3 geschätzt, wobei man davon ausgehen muss, dass die „Dunkelziffer“ für ADS deutlich höher ist, da die **hypoaktive** (= geringfügige Aktivität, Abwesenheit) Variante des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms seltener diagnostiziert wird. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die hypoaktive Variante von außen symptomatisch als weniger störend empfunden wird, wodurch in Konsequenz daraus auch Eltern seltener zur Abklärung und Diagnose geraten wird.

Ob und inwiefern geschlechtsspezifische Unterschiede vorliegen, wird unterschiedlich bewertet, derzeit geht man davon aus, dass Jungen tendenziell häufiger an ADS oder der hyperaktiven Variante ADHS erkranken.



1.2. Ursachen des Aufmerksamkeits – Defizit - Syndroms

Die historische Betrachtung des ADS belegt, dass bereits um 1870 eine Vererbung des Krankheitsbildes angenommen wurde. Darüber hinaus wurde schon damals darauf verwiesen, dass auch der soziale Druck, der auf die Kinder ausgeübt wird, die Symptomatik negativ beeinflussen kann.

Im frühen 20. Jahrhundert wuchs die Tendenz, aufmerksamkeitsdefizitäre Kinder als schwer erziehbar einzustufen. Auffallend ist, dass in der Historie überwiegend hyperaktive Kinder beschrieben werden, was unter anderem darauf hindeuten könnte, dass es ungemein schwieriger ist, die Hypoaktivität des „Träumers“ ausfindig zu machen.

In der Geschichte der ADS – Forschung wurden diverse Ursachen diskutiert. Schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde angenommen, dass es sich hierbei nicht einzig und allein um ein Erziehungsdefizit handeln kann, da oftmals auch bei Kindern aus „guten“ Elternhäusern Varianten des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms auftraten. Der Engländer Still vermutete bereits 1902, dass eine neurologische Ursache für die Ausbildung des Syndroms verantwortlich sein könne und schloss auch eine genetische Vererbung nicht aus.

Immer häufiger zeigte sich, dass es den betroffenen Kindern nicht gelang, sicher zwischen wichtigen und unwichtigen Reizen zu unterscheiden (zu differenzieren). Als Ursache hierfür wurden Hirnanomalien angenommen, die damals jedoch noch nicht wissenschaftlich belegt werden konnten.

➤ **MCD als Ursache von ADS**

In den siebziger Jahren prägten amerikanische Forscher den Begriff der „minimalen cerebralen Dysfunktion“, die auch heute noch in der Abkürzung MCD bekannt ist und unter anderem durch Komplikationen während der Schwangerschaft (= pränatal), während der Geburt (= perinatal) oder nach der Geburt (= postnatal) hervorgerufen wird.

Frühkindliche Hirnschädigungen gelten als Sammelbezeichnung für organische Schädigungen des ZNS (= zentrales Nervensystem), die zwischen dem 6.



Schwangerschaftsmonat und dem 3. bis 6. Lebensjahr, also im prä-, peri- und postnatalen Bereich aufgetreten sind.

Die unter dem Begriff **MCD** (*minimale cerebrale Dysfunktion*) bekannte strukturell bedingte Störung der Hirnfunktion galt insbesondere in den siebziger und achtziger Jahren als angenommene Ursache für viele Lernprobleme, darunter auch für Legasthenie, wodurch sie häufig gestellt und von Kritikern dadurch als „Verlegenheitsurteil“ abgetan wurde.

Der Verdacht des Zusammenhanges mit dem ADS erklärt sich aus der Tatsache, dass die minimal cerebralen Schädigungen vorwiegend das Frontalhirn betreffen, welches für die Handlungsplanung, die Prozesssteuerung und –hemmung, sowie das Kategorisieren (= Einteilen) von Wichtig und Unwichtig, das Treffen von Entscheidungen uvm. wichtig und unabdingbar ist. Das Frontalhirn als wesentliches Organ der Informationsverarbeitung nimmt von außen eindringende Reize auf, verarbeitet sie in Kombination mit den individuell ausgelösten Emotionen und legt die Reaktion auf diese Reize fest. Dabei spielt auch das Gedächtnis eine wesentliche Rolle, da viele Reiz – Reaktionsmechanismen auf Erfahrungen basieren. Wenn nun das Frontalhirn durch diverse Gründe nicht richtig funktionieren kann, findet keine, bzw. eine nur unzureichende Handlungsplanung statt. Es erfolgt eine spontane, unter Umständen unüberlegte Reaktion auf eintreffende Reize. Dabei werden Erfahrung und Gefühle (= Emotionen), sowie Handlungsplanungen nur selten miteinbezogen.

Eine minimale cerebrale Dysfunktion äußert sich neben einem auffälligen EEG – Untersuchungsergebnis auch in einer mangelnden Kontrolle des Reaktionsvermögens. Darüber hinaus machen sich auch Probleme in der Koordination von Auge und Hand (= Visumotorik) bemerkbar. Kindern, die Probleme in diesem Bereich haben fällt es beispielsweise schwer Linien oder Figuren nachzuzeichnen. Eine MCD kann auch Mängel im Erkennen und Wahrnehmen bewirken und somit das Denken, die Kommunikation, die Handlungsplanung, das Vorstellungsvermögen und das Wissen beeinträchtigen. Diese Mängel werden unter dem Begriff „kognitive Defizite“ zusammengefasst. Um die Fähigkeiten eines Kindes in den einzelnen Teilbereichen beurteilen zu können, wird deshalb häufig im Rahmen der Diagnosestellung auch im Falle des ADS eine Intelligenzdiagnostik (siehe Kapitel 2.4.) durchgeführt.



Die Symptomatik zeigt, dass ADS – Patienten in den genannten Aufgabenbereichen des Frontalhirns ihre Probleme haben, sodass – auch wenn der Zusammenhang zwischen Schädigungen am Frontalhirn und ADS nicht eindeutig bewiesen werden konnte – ein Zusammenhang dieser Faktoren als höchst wahrscheinlich gilt.

Im weiteren Verlauf der Forschung versuchte man frühkindliche Hirnschädigungen, sowie prä-, peri- und postnatale Probleme als Risikofaktoren genauer zu erforschen für die es verschiedene Entstehungsmöglichkeiten zu geben schien. Beispielsweise kann eine **pränatale (= vorgeburtliche) Störung** durch Infektionskrankheiten oder durch die Fehler in der Ernährung (z.B. Mangelernährung) der Mutter, insbesondere aber durch Alkoholmissbrauch oder Rauchen während der Schwangerschaft, hervorgerufen werden.

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann zu einem so genannten **fetalen Alkoholsyndrom** führen, welches sich neben anderen möglichen Schädigungen nachweislich problematisch auf das Lernen und Verhalten betroffener Kinder auswirken kann und demnach auch ursächlich für die Ausbildung eines ADS verantwortlich gemacht werden kann.

Unter **perinatalen Störungen** versteht man Störungen im Bereich der Hirnstruktur, die **während** des Geburtsvorganges auftreten. Dazu gehören Geburtsverzögerungen infolge von Lageanomalien, insbesondere der Sauerstoffmangel während der Geburt.

Untersuchungen konnten außerdem belegen, dass Kinder mit geringem Geburtsgewicht („Frühchen“) häufiger ein ADS ausbilden als Kinder mit normalem Geburtsgewicht. Vermutet wird ein Zusammenhang zwischen der erhöhten physiologischen Instabilität Frühgeborener und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Hirnreifstörungen.

Postnatale Schädigungen treten erst im späteren Leben – d.h. etwa bis zum sechsten Lebensjahr – in Erscheinung. Verursacht werden diese Schädigungen durch infektiöse Erkrankungen, Unfälle oder Stoffwechselerkrankungen, bzw. durch Gehirn- bzw. Hirnhautentzündungen insbesondere in den ersten beiden Lebensjahren.

Studien, die prä-, peri- und postnatale Probleme als Risikofaktoren für die Entstehung von ADS untersuchten, konnten einen Zusammenhang allerdings nicht eindeutig belegen, da nur einige der untersuchten Kinder jene Probleme aufwiesen.



➤ **Allergische Reaktionen**

Im Rahmen der Ursachenforschung galten von Zeit zu Zeit immer wieder auch Allergien, Störungen des Immunsystems und falsche Ernährung unter Verdacht, ADS auszulösen. So versuchte der amerikanische Arzt Ben Feingold in den siebziger Jahren nachzuweisen, dass ADS durch eine Unverträglichkeit des Menschen auf verschiedene in der Nahrung enthaltene Farb- und Konservierungsstoffe hervorgerufen wird. Aus dieser Vermutung heraus entwickelte er die auch heute noch bekannte Feingold – Diät, die die ADS – Symptomatik bei konsequenter Einhaltung vermindern sollte.

Neben Feingold gab es weitere Versuche, ADS durch Allergien zu begründen und im Rahmen diverser Diäten zu behandeln (siehe: Kapitel 3.4.).

Untersuchungen zeigten, dass Allergien, insbesondere Nahrungsmittelallergien nur selten von zentraler Bedeutung sind und somit auch nur selten zu den ursächlichen Gründen hinzugezogen werden.

➤ **Familiäre Häufung**

Immer wieder fällt auf, dass ADS – Symptomatiken in einzelnen Familien vermehrt auftreten. Aus diesem Grund wurden Forschungen und Untersuchungen angestellt, die die **familiäre ADS – Häufung** begründen sollten. Angenommen wurden zwei verschiedene Möglichkeiten:

1. genetische Komponenten (Vererbung)
2. Umwelteinflüsse

❖ **Vererbung**

Ein wichtiges Instrument zum Nachweis einer genetischen Veranlagung stellen Untersuchungen in Form so genannter Zwillingsstudien dar. Zwillingsstudien vergleichen eineiige und zweieiige Zwillinge und wollen damit überprüfen, welchen Anteil die genetische Komponente bzw. die Umwelteinflüsse auf die Entwicklung und somit auch auf die Ausbildung von Krankheiten besitzen.

Eineiige Zwillinge besitzen im Gegensatz zu zweieiigen Zwillingen nahezu identisches Erbgut. Studien bei eineiigen Zwillingen konnten belegen, dass die ADS – Symptomatik



sehr häufig beide betrifft. Auch bei zweieiigen Zwillingen ist die Wahrscheinlichkeit, dass beide Kinder eine ADS – Symptomatik ausbilden zwar erhöht, die Wahrscheinlichkeit, dass beide Kinder von ADS betroffen sind, ist in diesem Fall allerdings geringer. Zurückgeführt wird dies hauptsächlich auf die größeren genetischen Anlageunterschiede zweieiiger Zwillinge.

Es lässt sich demnach festhalten, dass die familiäre Veranlagung zur Ausbildung einer ADS – Symptomatik durch Vererbung begründet werden kann.

❖ **Umwelteinflüsse**

Um nachzuweisen, ob die Entwicklung des Kindes eher genetisch oder doch eher durch die Erziehung beeinflusst wird, werden so genannte Adoptionsstudien durchgeführt. Dabei vergleicht man das kindliche Verhalten mit dem Verhalten der Adoptiv- und der leiblichen Eltern. Im Falle des ADS konnten Adoptionsstudien belegen, dass genetische Komponenten ursächlich eher in Frage kommen als negative Einflüsse der kindlichen Umwelt. Doch auch wenn die Umwelteinflüsse nicht ursächlich für die Ausbildung einer ADS – Symptomatik verantwortlich gemacht werden können, wirken sie sich verstärkend auf die Symptomausprägung eines ADS aus und können therapeutische Erfolge somit verzögern.

Zu den negativen Einflüssen der Umwelt gehören beispielsweise:

- Reizüberflutung (z.B. durch erhöhten Fernsehkonsum, Computerspiele, ...)
- Freizeitstress (z.B. durch zu viele Hobbys, bzw. Freizeitaktivitäten)
- Keine (eigene) Rückzugsmöglichkeit
- Soziale Spannungen im familiären Umfeld (z.B. Streit, Trennung der Eltern, ...)
- Zu wenig Rituale (kein / selten gemeinsames Essen, kein / selten klar strukturierete Tagesabläufe, ...)
- Fehlende körperliche Bewegung
- Inkonsequente Erziehung (insbesondere auch uneinheitliche Erziehungsstile der Eltern, ...)
- ...

Es ist erwiesen, dass Erziehungsdefizite, Reizüberflutungen und psychische Belastungen, die unter anderem auch durch zu hohe Anforderungen der Familie und



der umgebenden Gesellschaft entstehen, eine entscheidende Rolle im Hinblick auf die Ausprägung und den Grad eines ADS spielen.

Umgekehrt können positive Umwelteinflüsse bewirken, dass die Ausprägung der ADS – Symptome abgeschwächt wird.

Das heißt: Sind die Anlagen für die Ausbildung des ADS vorhanden, entscheiden die Einflüsse der Umwelt in entscheidendem Maß über die Art und Weise der Ausprägung.

Nicht zuletzt deshalb werden Eltern und andere an der Erziehung beteiligten Personen in besonderer Weise auch im Rahmen der Therapie als wichtiger Bestandteil integriert.

Viele Untersuchungen hinsichtlich des Erziehungsverhaltens von Eltern belegen, dass ein Aufstellen klarer Regeln und darüber hinaus auch deren konsequenter Einhaltung in Kombination mit Wärme, Liebe, Akzeptanz und Unterstützung ein größeres Maß an sozialem Verhalten fördert als ein Erziehungsstil ohne klar definierte, bzw. einzuhaltende Regeln. In vereinfachter Form lassen sich die Voraussetzungen für eine verantwortungsvolle Erziehung schaubildartig folgendermaßen darstellen:

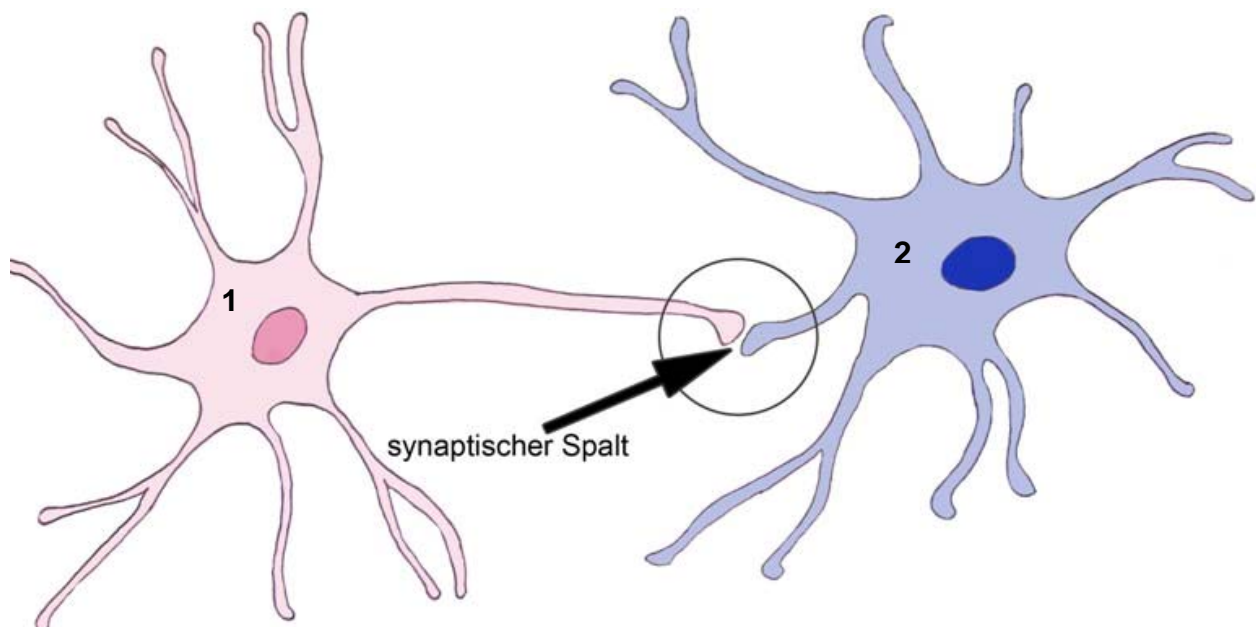




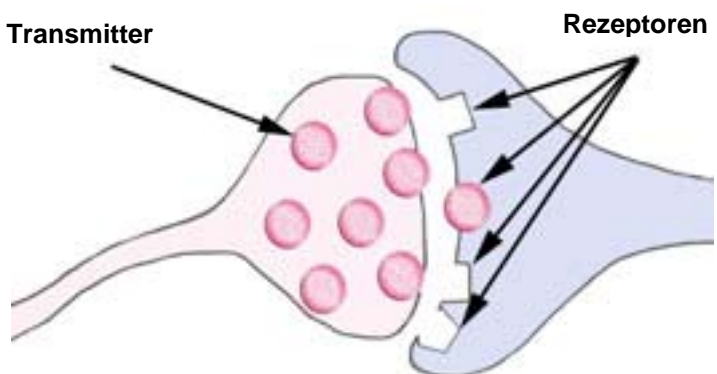
➤ **Neurobiochemische Ursachen**

Im menschlichen Gehirn laufen zwischen den vielen Milliarden Zellen verschieden Verständigungen ab. Um eine Reizüberflutung zu vermeiden, sind Nervenzellen nicht direkt miteinander verbunden. Zwischen ihnen befindet sich ein Spalt, der so genannte synaptische Spalt. Die "Überbringer" dieser Nachrichten von einer Zelle zur anderen bezeichnet man als "Neurotransmitter" (neuro = das Nervensystem betreffend; Transmitter = Überbringer).

Ankommende Nachrichten (Reize) werden über die Nervenzelle weitergeleitet und sorgen dafür, dass die körpereigenen Neurotransmitter aus der Nervenzelle 1 in den synaptischen Spalt „ausgeschüttet“ werden.



Um an der nachfolgenden Nervenzelle 2 eine Reaktion auslösen zu können, müssen sich die Transmitter (= Schlüssel) an eine spezifische Bindestelle (Rezeptor = Schloss) binden. Wenn die Reaktion ausgelöst wurde, wandern die Neurotransmitter zurück in den





synaptischen Spalt und werden schließlich wieder in der ursprünglichen Zelle aufgenommen oder durch spezielle Enzyme (= Eiweiße) zersetzt.

Nach derzeitigem Forschungsstand geht man davon aus, dass im Falle eines ADS eben diese Prozesse von der Norm abweichen und somit ein Ungleichgewicht der Botenstoffe Serotonin, Dopamin und Noradrenalin im Gehirn vorliegt.

Insbesondere Noradrenalin beeinflusst das menschliche Aufmerksamkeitsniveau und besitzt demzufolge eine wesentliche Rolle im Hinblick auf das allgemeine Lernverhalten, den Wach- und Bewusstheitszustand.

Desweiteren konnten nachfolgend aufgelistete Annahmen bestätigt werden:

- 1.) Ein Mangel an Noradrenalin kann ADS – typische Symptome hervorrufen, der wiederum durch spezifische Medikamente, insbesondere durch Antridepressiva (Noradrenalin – Wiederaufnahme – Hemmer), reguliert werden kann (vgl. Kapitel 3.1.: NARI).
- 2.) Eine verminderte Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt kann eine ADS – Symptomatik auslösen. Durch die Gabe von Ritalin[®] erhöht sich die Verfügbarkeit von Dopamin im synaptischen Spalt, das Ungleichgewicht wird reguliert und die ADS – Symptomatik dadurch gelindert (vgl. Kapitel 3.1.: Methylphenidat).

1.3. Zusammenfassung der Ursachen nach derzeitigem Forschungsstand

Die ADS – Forschung zeigt im historischen Verlauf, dass viele Annahmen bzgl. der Ursachen formuliert und erforscht wurden. In einer Vielzahl von Untersuchungen wurden wichtige Ergebnisse erzielt und Erkenntnisse gewonnen. Dabei konnten einige Annahmen als mögliche Ursache belegt werden oder mussten als haltlos verworfen werden.

Nach heutigem Forschungsstand liegt die Hauptursache in neurobiochemischen Abläufen, nämlich auf einem Ungleichgewicht der Botenstoffe Serotonin, Noradrenalin und Dopamin.



Da von einer ADS – Symptomatik in einer Familie häufig nicht nur eine Person betroffen ist, geht man auch heute noch von einer familiären Veranlagung aus, die genetisch bedingt zu sein scheint und vererbt werden kann.

Die Ausprägung des ADS – Syndroms kann durch die Einflüsse der Umwelt sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden.

2. Diagnosefindung

Aufgrund der Tatsache, dass die Dunkelziffer der ADS– Betroffenen – vor allem bezogen auf die hypoaktive Variante – sehr groß ist und immer wieder Fehldiagnosen gestellt werden, die sich dann negativ auf die therapeutische Behandlung auswirken, sollte die Diagnose gründlich und vor allen Dingen auf mehreren Ebenen gestellt werden, d.h.:

- pädagogisch
- psychologisch und
- medizinisch abgesichert werden.

Mangelnde Aufmerksamkeitsfähigkeit, bzw. Konzentrationsschwächen und träumendes Verhalten können unterschiedliche Ursachen haben. Nicht immer handelt es sich dabei um das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom.

Es ist die Aufgabe einer gezielten und umfassenden diagnostischen Erhebung, Probleme und Schwierigkeiten zu entdecken und diese möglichst eindeutig zuzuordnen. Oftmals ist es ein langer und beschwerlicher Weg von dem ersten Verdachtsmoment bis hin zur eindeutigen Diagnosestellung. Sie erfolgt in Anlehnung an die **I**nternational **C**lassification Of **D**iseases And Related Health Problems (**ICD**), die 1990 von der Weltgesundheitsorganisation (= **W**orld **H**ealth **O**rganisation (**WHO**)) als 10. und derzeit aktuelle Auflage herausgegeben wurde, bzw. in Anlehnung an die Klassifikation der **A**merican **P**sychiatric **A**ssociation (**APA**), die so genannte **D**iagnostic and **S**tatistical Manual of **M**ental Disorders (= DSM), welche derzeit in 4. Fassung vorliegt.



Zu einer umfassenden diagnostischen Erhebung gehören daraus abgeleitet in der Regel folgende Teilbereiche:

- ✓ Die Befragung der Eltern
- ✓ Die Beurteilung der Situation durch den Kindergarten, bzw. die Schule
- ✓ Das Erstellen eines psychologischen Gutachtens
- ✓ Die ärztliche Untersuchung um organische Probleme oder andere Krankheiten auszuschließen oder Erkrankungen zu erkennen, die zum ADS erschwerend hinzukommen.

Je genauer und fundierter die Diagnose gestellt und Probleme erkannt werden, desto differenzierter kann im Anschluss daran die Therapie ansetzen.

2.1. Symptome

Der Begriff „ADS“ wird in der Regel mit zwei typischen Charakteren gleichgesetzt. Dies ist zum einen der „Zappelphilipp“, zum anderen der „Hans-guck-in-die-Luft“ oder die Träumerin, die abschalten, geistig unaufmerksam wirken und regelrecht erschrecken können, wenn man sie direkt anspricht.

Allerdings ist nicht jedes Kind, welches das ein oder andere Mal geistig abwesend erscheint, sofort als hypoaktiv oder aufmerksamkeitsdefizitär einzustufen.

Eine eindeutige ADS – Diagnostik gestaltet sich häufig sehr schwierig, insbesondere wenn es darum geht, einen konkreten Ansprechpartner für die diagnostische Abgrenzung zu finden. Die Diagnostik an sich gleicht einem Puzzle, das es Stück für Stück zusammensetzen gilt. Dabei werden die Grundlagen der Klassifikationssysteme (ICD – 10 oder DSM – IV) berücksichtigt.

Nachfolgend wird auf die wesentlichen Symptome (Hauptsymptome) des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms eingegangen, wobei nicht alle im Einzelfall zutreffen müssen.



Zu ihnen gehören unter anderem:

- Eine gestörte Aufmerksamkeit und damit verbunden eine verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Geringe Ausdauer (sowohl bei der Bewältigung gestellter Aufgaben als auch im Bereich des Spielens)
- Probleme etwas zu beenden
- Vergesslichkeit
- Unaufmerksamkeit (beispielsweise beim Zuhören)
- Leichte Ablenkbarkeit
- Motorische Probleme und mangelhaftes Körpergefühl
- Außenseiterposition, Zurückgezogenheit
- Mangelndes Selbstwertgefühl
- Unorganisiertheit und Neigung zu chaotischen Verhältnissen (verlegt oder verliert häufig Gegenstände)
- Neigung zu Flüchtigkeitsfehlern
- Verhaltensprobleme
- Vermeidungsverhalten, insbesondere bezüglich Aufgaben, die eine längere geistige Anstrengung und Konzentration erfordern.

Die Verhaltensweisen entsprechen dabei häufig nicht immer dem Entwicklungsstand, den das Kind laut Alter besitzen sollte. Es fällt demnach häufig durch „kindische“ und somit nicht altersgemäße Verhaltensweisen (negativ) auf.

Die Tatsache, dass viele Menschen die eine oder andere ADS – typische Symptomatik aufweisen macht verständlich, dass das Auftreten einzelner Symptome nicht ausreicht um eine gesicherte Diagnose zu stellen.

Aus diesem Grund werden verschiedene zusätzliche Kriterien in die Diagnostik miteingebunden. Beim ADS – Kind ziehen sich die Symptome ihrer Erkrankung dauerhaft durch die kindliche Entwicklung, was zur Folge hat, dass die **ADS – Symptome** in der Regel bereits **vor dem sechsten Lebensjahr** in Erscheinung getreten sind und sich **über einen längeren Zeitraum hinweg**, beispielsweise innerhalb eines halben Jahres, **immer wieder gezeigt haben**.



Da ADS – Patienten ihr Verhalten nicht spontan ändern, bzw. sich über einen bestimmten Zeitraum hinweg zusammenreißen können, treten die Symptome **nicht nur in einem bestimmten Lebensraum** in Erscheinung sondern **betreffen alle Lebensbereiche des Kindes**, weshalb in der Regel alle Personen, die an der Erziehung eines Kindes beteiligt sind (ErzieherInnen, LehrerInnen) in die Diagnostik miteinbezogen werden.

Somit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass genaue Beobachtungen in allen Lebensbereichen notwendig sind um eine voreilige und fehlerhafte Diagnose zu vermeiden. Die ADS – Symptomatik sollte in allen Lebensbereichen des Kindes und bereits vor dem sechsten Lebensjahr in einem bestimmten Zeitrahmen immer wieder aufgetreten sein.

Neben den genannten Hauptsymptomatiken machen sich sehr häufig auch Zusatzsymptome bemerkbar. Ein ADS, welches sich einzig und alleine auf die Hauptsymptome beschränkt, ist sehr selten. Zusätzliche Probleme können sich in verschiedenen Bereichen bemerkbar machen, beispielsweise im Bereich des Lernens durch eine Lese- Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche, können sich aber auch im Bereich der Psyche manifestieren, beispielsweise in Form von Depressionen, Tics, etc.. Tics sind in der Regel unwillkürliche Muskelzuckungen, die nach außen durch Bewegungen sicht- oder durch Geräusche hörbar werden. Eher selten sind sie willkürlich beeinflussbar.

Diese zusätzlichen Problemfelder sind kein Diagnosekriterium für ein Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom, sind aber im Bereich der Diagnostik nicht unwichtig, da therapeutisch auf sie eingegangen werden muss, um ganzheitliche Erfolge erzielen zu können.

2.2. Die Befragung der Eltern

In aller Regel stellen die Eltern die wichtigsten Bezugspersonen eines Kindes dar, wodurch sie eine zentrale und wichtige Rolle im Hinblick auf die Erziehung und – bezogen auf die Diagnostik des ADS – auf die Beobachtungsmöglichkeiten eines Kindes spielen.



Eine Beobachtung des Kindes innerhalb des Schonraumes „Familie“ kann besondere Aufschlüsse bezüglich des kindlichen Verhaltens liefern, da sich oftmals die Verhaltensweisen eines Kindes in der Schule von den „traditionellen“ Verhaltensweisen im familiären Umfeld gravierend unterscheiden.

Aus den Erfahrungen heraus zeigt sich, dass es Eltern nicht schwer fällt, Normunterschiede zu erkennen, wenn sie beispielsweise das Verhalten des Kindes im Rahmen eines Fragebogens einschätzen. Eltern fällt es allerdings häufig schwer, diese Normunterschiede als gravierendes Problem einzuordnen. Nur allzu häufig herrscht die Auffassung vor, dass sich die Problematik bestimmt mit der Zeit von selbst gibt.

Es fällt schwer sich einzugestehen, dass Probleme vorliegen, die angegangen werden müssen und zu akzeptieren, dass nur ein langer und beschwerlicher Weg mit vielen Hürden und den unterschiedlichsten Therapieformen zum Ziel führen kann.

Die Akzeptanz der Problematik ist ein wesentlicher Bestandteil im Hinblick auf eine objektive diagnostische Einschätzung.

An dieser Stelle sei noch einmal ausdrücklich betont, dass die Ursache des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms nicht in einer mangelnden und / oder fehlerhaften Erziehung zu suchen ist. Diese kann ein ADS zwar im Grad der Ausprägung beeinflussen, nicht aber ursächlich auslösen.

Es gibt diverse Checklisten und Einschätzungsbögen, die für Eltern im Hinblick auf die ADS – Diagnostik des Kindes entwickelt wurden.

Seien Sie beim Ausfüllen bitte ehrlich mit sich selbst. Es geht nicht darum sich zu fragen, was andere Leute denken oder von der Erziehung halten könnten. Es geht hier vielmehr um das Wohl des Kindes und darum, ihm durch eine ehrliche und aufrichtige Einschätzung und Beobachtung die größtmögliche Chance auf Linderung und Heilung und somit auf eine erfolgreiche Therapie zu bieten.

Der nachfolgende Fragebogen nach OPIS soll Ihnen einen ersten Überblick verschaffen und sie auf diagnostische Gespräche vorbereiten. Er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und stellt auch kein standardisiertes Diagnoseinstrument dar. In keinem Fall ersetzt er die Diagnose oder den diagnostischen Teilbereich: Befragung der Eltern.



Name:

© OPIS

Beobachtungszeitraum:

Erscheinungsbild	Trifft nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft häufig zu
------------------	-----------------	------------------	--------------------	------------------

Allgemeine Verhaltenskriterien / Persönlichkeitsmerkmale:

besitzt eine positive Einstellung zur Schule				
zeigt sich beim Spielen leicht ablenkbar				
kann gut zuhören und versteht				
kann Arbeitsaufträge (Hausaufgaben) sinnvoll strukturieren				
wirkt ausgeglichen				
wirkt häufig verängstigt und unsicher				
geringe Frustrationstoleranz - resigniert bei auftretenden Problemen sofort („Das kann ich sowieso nicht!“)				
verbringt viel Zeit alleine				
verliert oder verlegt viele Dinge				
kann gut ausmalen, ausschneiden, schön schreiben, ...				

Eigene Anmerkungen und Ergänzungen zu den oben genannten Kriterien:

Verhalten gegenüber anderen:

konnte nur durch Hilfe der Eltern / Geschwister Kontakte aufbauen				
sucht nur zu wenigen Mitschülern Kontakt				
hat Probleme, sich im Schulleben zurechtzufinden				
verhält sich oft trotzig und abweisend				
wirkt traurig und lustlos, zieht sich zurück				
besitzt eine angemessene Gesprächsbereitschaft				
kann sich durchsetzen				
Ist oft neidisch auf Geschwister				
hat ein Geltungsbedürfnis (besonders anhänglich, wenn Besuch da ist, ...)				
lässt sich leicht beeinflussen				
arbeitet gerne mit anderen Kindern zusammen				

Eigene Anmerkungen und Ergänzungen zu den oben genannten Kriterien:



Erscheinungsbild	Trifft nicht zu	Trifft selten zu	Trifft manchmal zu	Trifft häufig zu
Arbeitsweise				
besitzt eine angemessene Ausdauer und kann sich gut konzentrieren				
versucht auch problematische (schwierige) Aufgaben zu lösen				
führt kleinere Aufträge (einkaufen, Besorgungen erledigen, ...) eigenständig aus				
zeigt sich hilfsbereit				
hält Schulsachen in ordentlichem Zustand				
hält Zimmer in ordentlichem Zustand				
kann sich Zeit selbstständig und angemessen einteilen				
beendet angefangene Spiele nicht				
lässt sich leicht entmutigen				
neigt zu Flüchtigkeitsfehlern				
lässt sich leicht ablenken				
benötigt häufig (sehnt sich nach) Zuspruch durch Erwachsene				
verfügt über ein unausgeglichenes Schriftbild				
hat Probleme in der Schule neu erlernte Lerninhalte zu Hause anzuwenden				
Eigene Anmerkungen und Ergänzungen zu den oben genannten Kriterien:				
Besondere Probleme sehen wir in folgenden schulischen Fächern:				
Deutsch				
Mathematik				
Sport (Motorik, Beteiligung)				
Eigene Anmerkungen und Ergänzungen zu den oben genannten Kriterien:				
© OPIS				



2.3. Die Beurteilung der Situation durch die Schule

ErzieherInnen und LehrerInnen erleben die Kinder oftmals anders als Eltern, was zum einen mit der tendenziell objektiveren Sicht der Personen zusammenhängt, aber vor allem auch damit, dass sich Kinder – insbesondere ADS – Kinder – in einem Gruppenverband unter Umständen anders zeigen als alleine zu Hause. In der Schule gibt es diverse Situationen, die ein ADS – Kind teilweise sehr stark fordern. Besonders hervorzuheben sind hierbei anstrengende Unterrichtsphasen, die eine besonders lange und / oder intensive Konzentrationsphase erfordern sowie eventuelle Misserfolgserlebnisse, die die Symptomatik verstärken. Dazu kommt, dass hypoaktive ADS – Kinder besonders schnell abschalten, wenn eine Thematik ihren Interessen nicht entgegenkommt.

Neben den Aussagen, die im Bezug auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom getroffen werden können, kann besonders in der Schule auch die generelle Leistungsfähigkeit beurteilt werden. Diese ist nicht unerheblich, da viele Kinder über die Problematik des ADS hinaus weitere Probleme in verschiedenen Lernbereichen aufweisen.

Wichtige Beobachtungen, insbesondere im Hinblick auf Über- oder Unterforderung, aber auch Probleme in anderen Bereichen, wie beispielsweise eine Lese-Rechtschreibschwäche oder eine Rechenschwäche, sollten in einem Beobachtungsbogen festgehalten werden. Dabei sollte auch darauf geachtet werden, wie das Kind auf negative Erlebnisse reagiert (Frustrationstoleranz).

Neben den Beobachtungen der Lehrpersonen, die Aufschluss über die schulische Situation eines Kindes geben, gibt es standardisierte Formulare (Fragebögen) bestimmter Institutionen (z.B. Caritas, etc.) oder Testverfahren, die in der Regel sehr ausführlich gestaltet sind und gezielt Symptomatiken hinterfragen.

Häufig werden auch international anerkannte Fragebögen an Lehrer weitergegeben, die von Wissenschaftlern entwickelt wurden und gezielt die kindlichen Verhaltensweisen hinterfragen.



2.4. Das Erstellen eines psychologischen Gutachtens

Bei einem psychologischen Gutachten handelt es sich um einen umfassenden Bericht, der neben dem Grund der Untersuchung auch die genutzten Testverfahren auflistet und die relevanten Ergebnisse wiedergibt. Darüber hinaus enthält ein psychologisches Gutachten auch eine Interpretation und Erklärung der Ergebnisse sowie eine Schlussfolgerung, die den Ausgangsverdacht bestätigt, relativiert oder verneint.

Zur Erstellung eines psychologischen Gutachtens in Bezug auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom gibt es verschiedene Möglichkeiten, die von den individuellen Begebenheiten, insbesondere dem Alter des Kindes, abhängen.

Bei Vorschulkindern wird bevorzugt die so genannte Entwicklungsdiagnostik durchgeführt, welche den geistigen (intellektuellen) Entwicklungsstand bei Vorstellung des Kindes beschreibt. Die Entwicklungsdiagnostik umfasst in der Regel ein Gespräch mit der Bezugsperson / den Bezugspersonen (Elternteil / Eltern), eventuell auch den ErzieherInnen, bzw. LehrerInnen des Kindes sowie Beobachtungen des kindlichen Verhaltens, insbesondere der Bewegungen und der Bewegungsmerkmale (= motoskopisches Verfahren). Unter Umständen können über die Entwicklungsdiagnostik hinaus auch standardisierte Testverfahren durchgeführt werden, wobei dies meist erst bei Schulkindern geschieht.

Defizite in einzelnen Teilbereichen, wie beispielsweise dem Kurzzeitgedächtnis, der Sprachwahrnehmung, der sprachlichen Verarbeitung, dem räumlichen Denken etc., die Grundlage für weit reichende Lernprobleme darstellen können, werden durch diese Entwicklungsdiagnostik erfasst und schließlich in die Therapie miteinbezogen. In besonderer Weise können hier Aufmerksamkeitsdefizite erkannt werden beispielsweise durch die Unfähigkeit des Kindes, Reize nach wichtig und unwichtig zu unterscheiden. Durch die Beobachtung des Kindes treten in der Regel auch die individuellen ADS – typischen Verhaltensweisen auf, da das Kind über einen längeren Zeitraum hinweg sein Verhalten nicht verändern kann.



Während Kinder vor der Einschulung in der Regel mit Hilfe der Entwicklungsdiagnostik untersucht werden, findet bei (Grund-)schulkindern die Diagnostik mittels so genannter standardisierter Testverfahren statt. Darunter versteht man Testverfahren, die die individuelle Leistung des Kindes in Bezug setzen zur Altersnorm, d.h. zur durchschnittlichen altersgemäßen Entwicklung.

Jene standardisierten Testverfahren sollen drei Gütekriterien genügen. Das Ergebnis darf nicht vom Untersucher abhängen, muss demnach **objektiv** sein. Ein Testverfahren sollte bei wiederholter Durchführung nahezu die gleichen Ergebnisse liefern (= **Reliabilität**) und wirklich auch das messen, was es zu messen beabsichtigt und somit zuverlässige und genaue Rückschlüsse zulässt (= **Validität**).

Entsprechend der ADS – typischen Symptome sind diverse Tests möglich, allerdings nicht immer notwendig, da sich viele Erkenntnisse aus den Beobachtung und / oder der / den Befragung(en) ergeben. In der Regel obliegt die Wahl der Testverfahren dem Psychologen und / oder Kinderarzt, die meistens über ein Testpaket verfügen, das in sich stimmig ist und die typischen Symptombilder berücksichtigt.

Um andere Ursachen für das auffällige Verhalten auszuschließen wird in der Regel im Rahmen der ADS – Diagnostik meistens auch eine Intelligenzdiagnostik durchgeführt. Welche diagnostischen Testverfahren im Einzelnen eingesetzt werden, ist unterschiedlich. Bekannte Verfahren zur Messung von Intelligenz, Entwicklung und Teilleistungsstörungen sind beispielsweise: HAWIK (Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder), der CFT (Culture Fair Intelligence Test) uvm..

Der HAWIK testet über verschiedene Untertests, wie beispielsweise: Bildergänzungen, Allgemeinwissen, rechnerisches Denken usw. die praktische, verbale und allgemeine Intelligenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 16 Jahren. Durch die Umrechnungsskalen des Testverfahrens kann ermittelt werden, ob die geistige Entwicklung der Testperson altersgemäß ist. Durch diese Möglichkeit der Einschätzung lassen sich Aussagen in Bezug auf Teilleistungsstörungen (Legasthenie oder Dyskalkulie, ...), aber auch im Hinblick auf Begleiterkrankungen treffen. Sie kann auch bei der Einschätzung ob ADS oder ein anderes, ähnlich verlaufendes Krankheitsbild vorliegt, helfen.



Der CFT misst die individuelle Fähigkeit eines Kindes zur Erkennung von Regeln und zur Identifikation bestimmter Merkmale. Er misst darüber hinaus, in welchem Maße das Kind zur nonverbalen (= ohne Sprache, sprachlos) Problemerkennung und -lösung fähig ist. Insgesamt besteht der Test aus fünf verschiedenen Untertests.

Neben der Messung der Intelligenz, die auch eine eventuelle Hochbegabung ermitteln kann, gibt es Möglichkeiten zum Testen der Aufmerksamkeit (z.B. DAT = Dortmund Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest), zur Messung der Fähigkeit zu Problem lösendem Handeln und zur Messung der Konzentrationsfähigkeit.

Seit 2006 steht Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Psychiatern und Kinderärzten KIDS 1 (= **K**inder **D**iagnostik **S**ystem), ein Testverfahren zur Diagnose von AD(H)S zur Verfügung. KIDS 1 ist ein Testverfahren, welches zur Diagnose von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen verwendet wird. Er wurde von Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl und Hans – Christoph Steinhausen entwickelt und umfasst neben der Beurteilung des Kindes auch die Befragung durch die Eltern und Lehrer mittels vorgegebener Fremdbeurteilungsbögen. Das Testverfahren kann zur Diagnostik im vorschulischen und schulischen Bereich genauso eingesetzt werden wie für die Diagnostik des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms im Jugendlichen- und im Erwachsenenalter. Da natürlich altersspezifische Unterschiede im Bereich der Diagnostik auftreten, stehen hierfür jeweils unterschiedliche Diagnostikbögen zur Verfügung. Neben der Diagnose legt das Testverfahren Wert auf die Evaluation (= Überprüfung der Zielerreichung), sodass auch der therapeutische Verlauf nicht unberücksichtigt bleibt.

KIDS 1 umfasst ein Verfahren zur Eingangsdagnostik, welches beispielsweise in Form einer Checkliste erste Erkenntnisse liefern soll. Neben der Eingangsdagnostik ist die Fremdbeurteilung ein wesentlicher Bestandteil. Dabei wird differenziert zwischen den verschiedenen Altersgruppen (Vorschulkind – Schulkind / Jugendlicher – Erwachsener). Die häusliche Situation und die häuslichen Probleme werden mittels Elterninterview, bzw. Elternfragebogen erfasst, wobei hauptsächlich die typischen Problemsituationen in der Beobachtung stehen.

Auch die Evaluation stellt hierbei einen wesentlichen Bestandteil dar, sodass auch auf eine individuelle Verlaufskontrolle und eine eventuelle medikamentöse Therapie



eingegangen wird, beispielsweise in Form von Verhaltensbeobachtung im Rahmen der medikamentösen Therapie.

Auffälligkeiten in diversen Testverfahren werden durch ein Gutachten wiedergegeben, sodass sie bei der Erstellung eines Therapie- und Förderplanes individuell berücksichtigt werden können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychologische Gutachten in erster Linie darauf beruhen, anhand von Testverfahren, bzw. deren –ergebnissen und unter Berücksichtigung des derzeit gültigen wissenschaftlichen Standes eine konkrete Aussage im Hinblick auf die Verdachtsdiagnose zu geben. Ziel der Diagnostik ist stets, die direkten Bezugspersonen über die eventuell bestätigte Problematik aufzuklären, mögliche Therapieverfahren zu erläutern und diese auf individuelle Passung und Tauglichkeit zu überprüfen.

Es gibt folglich unterschiedliche Vorgehensweisen der Erhebung eines psychologischen Gutachtens. Auch wenn bei Kleinkindern die Diagnostik in der Regel anders erfolgt als bei Schulkindern, achten beide Varianten der diagnostischen Erhebung in besonderer Weise auf das Verhalten während der eigentlichen Testsituation, da hier in aller Regel auch typische Verhaltensweisen in Erscheinung treten. Sind darunter auffällige Verhaltensformen, die unter Umständen auf eine Begleitsymptomatik wie beispielsweise Depressionen oder Tics verweisen, werden weitere diagnostische Maßnahmen unter Umständen notwendig werden (vgl. 2.5).

2.5. Die ärztliche Untersuchung

Um eine Fehldiagnostik zu vermeiden ist es wichtig, den Gesundheitszustand des Patienten zu ermitteln. Viele Kinder sind ruhig und introvertiert oder aber lebhaft und neugierig, ohne dass eine “Störung” im Sinne eines ADS bzw. ADHS vorliegt. Eltern, Lehrer, bzw. Erzieher und auch Psychologen spielen demnach eine wichtige Rolle zum Treffen einer passenden Diagnose, das Ausstellen der konkreten Diagnose liegt in Deutschland in den Händen eines Spezialisten, beispielsweise eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychologie und –psychotherapie oder eines Kinder- und



Jugendarzt mit spezifischer Weiterbildung. Sie können in besonderer Weise ermitteln, ob die Auffälligkeiten des Kindes ursächlich auf das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder etwa andere medizinische Krankheitsbilder zurückgeführt werden können. Dies ist wichtig, da das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom in Ansätzen ähnliche Symptome zeigt wie andere Erkrankungen. Die Diagnosestellung hat darüber hinaus in besonderer Weise Auswirkungen auf die Therapie, weshalb eine **exakte** Diagnose von besonderer Bedeutung ist.

Der Leidensweg ist oftmals sehr groß und nicht immer kann auf Anhieb der richtige Ansprechpartner gefunden werden. Es ist aber wichtig, im Vorfeld erbrachte diagnostische Erhebungen und ergriffene Maßnahmen (psychologisches Gutachten, Beurteilung durch die an der Erziehung beteiligten Personen, ...) zur ärztlichen Untersuchung mitzubringen und zur Verfügung zu stellen.

Tipp: Fertigen Sie von allen Untersuchungsergebnissen Kopien an und sammeln Sie diese in einem speziellen Ordner. So haben Sie stets alle Ergebnisse beisammen und vermeiden langes Warten auf Kopien von Ergebnissen.

Zum exakten Stellen einer Diagnose gehört neben der ärztlichen Basisdiagnostik immer auch die differentialdiagnostische Abgrenzung. Darunter versteht man die Untersuchung verschiedener in Frage kommender Ursachen und Begleiterscheinungen bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Die Forschung nach den Ursachen wird also nicht nur ADS-typisch, sondern allgemein betrieben. Dabei kommen zunächst alle möglichen Krankheiten als Ursache in Frage, die eine ähnliche Symptomatik verursachen.

Im Hinblick auf das ADS bedeutet dies, dass der behandelnde Arzt das Kind zunächst gründlich körperlich untersucht, um den Gesundheitsstatus des Kindes beurteilen und eventuelle Entwicklungsrückstände benennen zu können. Zu dieser körperlichen Untersuchung gehören in der Regel die Blutdruckmessung, die Ermittlung von Körpergröße und Gewicht, sowie Blutuntersuchungen (auch: Differentialblutbild, Leber-, Schilddrüsen-, und Kreatininwert zur groben Einschätzung der Nierenfunktion) oder auch allgemeine körperliche Untersuchungen, wie beispielsweise Hör- Seh- und / oder Allergietests.



Mit Hilfe des Blutbildes können bereits einige Erkrankungen als Ursache der Symptomatik, wie beispielsweise Schilddrüsenerkrankungen oder Eisenmangel etc. ausgeschlossen werden. Für den Fall, dass im Rahmen der körperlichen Untersuchung Auffälligkeiten im Bereich der Schilddrüse in Erscheinung treten, kann ein genereller Schilddrüsenfunktionstest in Erwägung gezogen werden. Mittels dieses Tests könnte dann eine eventuell mangelhafte Funktionsfähigkeit der Schilddrüsenhormonrezeptoren nachgewiesen werden, unter der manche ADS – Patienten zusätzlich leiden.

Die apparative Diagnostik (= Diagnostik mittels spezieller Geräte) kann darüber hinaus in spezifischer Weise andere Ursachen der ADS-typischen Symptome ausschließen. Insbesondere das Erstellen eines **EKGs** (= **Elektrokardiogramm**) sowie eines **EEGs** (= **Elektroenzephalogramm**) fallen hierunter.

Das **EKG** (**Elektrokardiogramm**) untersucht den Herzrhythmus und die Herzfrequenz. Damit dient es hier eher zur Diagnose oder zum Ausschluss möglicher Begleiterkrankung (Differentialdiagnose). Dazu zählt beispielsweise die Diagnose eventueller Herzrhythmusstörungen, die unter Umständen einer speziellen Medikation (= Behandlung mit Medikamenten) bedürfen oder eine ADS - typische Medikation nicht ermöglichen.

Ein **EEG** dient der Ermittlung von Hirnströmen im Gehirn. Das EEG und die Ergebnisse, die aus dem EEG gezogen werden können, lassen eine Einschätzung der allgemeinen Hirnfunktion sowie Rückschlüsse auf eventuelle Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems (ZNS) zu, eine eindeutige ADS – Diagnose allerdings nicht. Das Erstellen eines EEGs gehört in der Regel deshalb zum Routineprogramm der Diagnostik, da hiermit andere Störungen ausgeschlossen werden können, deren Symptome einem ADS sehr stark ähneln. Besonders hervorzuheben ist in dieser Hinsicht die so genannte Absence – Epilepsie. Hierunter versteht man eine Form eines epileptischen Anfalles mit plötzlich einsetzender Bewusstseinsminderung, die zeitlich auf ca. 10 bis 30 Sekunden begrenzt bleibt. In der Regel kann sich der Patient danach nicht an diese Bewusstseinsminderung erinnern. Wie man aus der Beschreibung folgern kann, kann diese Bewusstseinsminderung fälschlicherweise leicht als eine Form



der Unaufmerksamkeit und somit als Symptom des ADS gedeutet werden, obwohl eine andere Erkrankung zugrunde liegt.

In einigen Bereichen verläuft auch die Symptomatik des Asperger – Syndroms ähnlich der Symptomatik des ADS. Unter einem Asperger – Syndrom versteht man eine Form des Autismus, die sich in der Regel im Schulalter manifestiert. Hierbei handelt es sich um ein Syndrom, das sich insbesondere bei Jungen entwickelt und sich in Form schwerer Kontaktstörungen äußert. Das Syndrom ist auf Hans Asperger, einen Pädagogen aus Wien zurückzuführen, der im Umgang mit Kindern in Einzelfällen von der Norm abweichendes Verhalten feststellte. Zu den Symptomen des Asperger - Syndroms gehören beispielsweise motorische Defizite, gegebenenfalls geistige Abwesenheit, Unaufmerksamkeit und eine von der Norm abweichende Gestik und Mimik. Kindern mit einem Asperger - Syndrom fällt es schwer mit anderen Personen Kontakt aufzubauen oder Blickkontakt zu halten. In seltenen Fällen können das Asperger – Syndrom und ADS gemeinsam als so genannte komorbide (= gleichzeitiges Auftreten verschiedener Krankheiten) Störung auftreten.

Ähnlich dem Asperger – Syndrom verhält es sich auch mit Depressionen und der Borderline Erkrankung: Die Symptomatiken ähneln sich in Ansätzen stark, wobei seltener eine Komorbidität (ein gleichzeitiges Auftreten) von ADS und Depressionen, bzw. ADS und Borderline auftritt.

2.6. Idealer Verlauf der Diagnose eines ADS

Ideal verläuft die Diagnose eines ADS immer dann, wenn erste Verdachtsmomente genau beobachtet und hinterfragt werden und bei Verdachtserhärtung alle auftretenden Probleme möglichst schnell, aber nicht übereilt abgegrenzt werden. Neben der manchmal langwierigen Suche nach dem richtigen Ansprechpartner vergeht oftmals viel Zeit durch das Warten auf Termine bei einem entsprechenden Spezialisten.

Die Diagnose eines gegebenenfalls vorliegenden Aufmerksamkeitsdefizites muss sorgfältig gestellt werden um zu vermeiden, dass ADS – Kindern eine nicht passende Therapie zugewiesen wird.



Wie kann ich mich selbst erst einmal davon überzeugen, dass etwas nicht stimmt...

Da es nicht immer einfach ist, sich selbst einzugestehen, dass mit dem eigenen Kind etwas nicht in Ordnung ist, wird oftmals von außen auf vorliegende Probleme verwiesen, die den Eltern in der Regel dann schon im Hinterkopf mehr oder weniger bewusst waren.

Ernste Hinweise auf vorliegende Probleme im Bereich ADS sind dann gegeben, wenn sich das Kind über einen Zeitraum von etwa sechs Monaten hinweg in mehreren Bereichen der Erziehungstätigkeit (häusliches Umfeld, Kindergarten / Schule, ...) in Form eines unaufmerksamen Verhaltens mit den ADS – typischen Symptomen auffällig verhalten hat.

Oftmals liegen die gezeigten Verhaltensweisen unter dem altersspezifischen Wert und weichen somit vom Verhalten Gleichaltriger in besonderer Weise ab.

Weshalb ist die Kommunikation aller an der Erziehung beteiligten Personen so wichtig?

Dass die Kommunikation aller an der Erziehung beteiligten immer besonders wichtig ist zeigt sich schon daran, dass das Urteil eines einzelnen nicht immer mit dem Eindruck aller anderen übereinstimmt. Somit bietet die Kommunikation in Bezug auf ADS die Möglichkeit tief greifende Probleme in besonderer Weise zu erkennen, aber auch die Möglichkeit des Schutzes vor übertriebenem Aktionismus.

Besonders die Feststellung, dass man Probleme nicht alleine bewältigen muss, sollte stets den Anreiz bieten in Kommunikation zu treten. Auch hier gilt: Geteiltes Leid ist halbes Leid.

In den meisten Fällen treffen Sie dann auf Kommunikationspartner, die froh sind diese Probleme mit Ihnen teilen und gemeinsam nach einer Lösung suchen zu können.

Wie finde ich den richtigen Ansprechpartner?

Mit der Rücksprache / Absprache mit anderen an der Erziehung beteiligten Personen haben Sie bereits den ersten Ansprechpartner gefunden. Da in Deutschland der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychologie und –psychotherapie, bzw. der Kinder- und Jugendarzt mit spezifischer Weiterbildung für das Fällen einer Diagnose verantwortlich



ist, sollte auch in dieser Hinsicht Ausschau nach einem geeigneten Ansprechpartner gehalten werden. Dies verhindert ein häufiges Wechseln von Ansprechpartnern im Verlauf der Diagnostik.

Einen ersten Ansprechpartner können auch **Erziehungsberatungsstellen** darstellen, insbesondere dann, wenn Sie denken, dass sich die auftretenden erzieherischen Probleme nicht von alleine lösen lassen. Diese Stellen helfen Ihnen bei Problemen rund um die Themen: Familie – Schule – Erziehung. Es ist aus verschiedenen – in der Regel auch nachvollziehbaren Gründen nicht immer einfach – diesen ersten Schritt zu wagen. Gleichzeitig ist es aber ein Schritt in die richtige Richtung. Sie müssen wissen, dass Erziehungsberatungsstellen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und diese nur dann brechen, wenn Sie es ihnen erlauben. Beachten Sie dabei aber, dass eine gewisse Offenheit zwischen allen an der Erziehung beteiligten Personen letztlich die Chancen auf eine Verbesserung des IST – Zustandes deutlich erhöht.

Aufgrund des Rechtsanspruches der Eltern auf Erziehungsberatung sind die Erziehungsberatungsstellen nicht nur flächendeckend angelegt, sondern auch kostenlos. Erziehungsberatungsstellen werden von unterschiedlichen Organisationen angeboten, so beispielsweise durch die Arbeiterwohlfahrt, das Jugendamt, das diakonische Werk oder den Caritasverband. Die Beratung erfolgt in der Regel durch Ärzte, Psychologen oder speziell ausgebildete Sozialpädagogen.

Nach der telefonischen oder persönlichen Kontaktaufnahme erfolgt die erste Vorstellung, das so genannte Erstgespräch. Hier schildern Sie die Situation und werden gezielt hinsichtlich einiger wichtiger Details befragt. Im Anschluss an das Erstgespräch wird sich die diagnostische Erhebung anschließen. In aller Regel verfügen Erziehungsberatungsstellen über passende Kontaktadressen.

Für den Diagnosesteller ist es wichtig, über alle bisher ergriffenen Maßnahmen Bescheid zu wissen. Dazu gehören neben eventuellen Testergebnissen auch die Problembeschreibungen zu Hause, in Kindergarten oder Schule und in besonderer Weise die Maßnahmen, die bisher ergriffen wurden. Dabei müssen Sie sich immer vor Augen halten, dass Ehrlichkeit bei der Schilderung der Probleme das oberste Gebot ist, da nur so die Situation objektiv erfasst und beurteilt werden kann.



Eine fundierte Diagnostik vermeidet fehlerhafte Therapien und fördert somit eine individuell auf die Problematik Ihres Kindes abgestimmte Therapie, die auf verschiedenen Ebenen möglichst ganzheitlich ansetzt.

Sie werden immer wieder an Grenzen Ihrer Belastbarkeit stoßen. Aus diesem Grund sollten Sie sich nicht davor scheuen, Kontakte zu Selbsthilfegruppen aufzubauen. Ein Erfahrungsaustausch mit Menschen, die ähnliche Probleme zu bewältigen haben kann sie von innen heraus stärken und motivieren, neue Wege zu gehen, bzw. alte Pfade zu verlassen.

3. Therapiemaßnahmen

Mit dem Stellen der Diagnose ist der erste Schritt getan, am Ist – Zustand hat sich dadurch jedoch noch nichts geändert. Man weiß zwar jetzt, worin auftretende Probleme begründet liegen, allerdings bringt die Erkenntnis noch lange nicht den richtigen Umgang mit dem Krankheitsbild mit sich.

Nach der Diagnose eines ADS sollte deshalb möglichst schnell und genauso präzise eine individuelle Therapie begonnen werden. Je differenzierter die Diagnosestellung erfolgte, desto präziser kann auf die individuellen Problemfelder eingegangen werden. Hierfür wird eine Kombination verschiedener Therapiekonzepte erforderlich, die man als so genannte multimodale Therapie bezeichnet.

Unter einer multimodalen Therapie versteht man die Zusammenfassung aller im Einzelfall sinnvollen Therapieformen. Dies ist ebenso logisch wie konsequent, da sich die Probleme in der Regel auf allen Erziehungsebenen zeigen und das Kind als Ganzes in besonderer Weise beeinflussen. Man unterscheidet vier wesentliche Eckpfeiler eines multimodalen Therapiekonzeptes:

- **Die medikamentöse Therapie des ADS**
- **Die psychotherapeutische und heilpädagogische Therapie des ADS**
- **Die Ernährungstherapie des ADS**
- **Die Förderung im häuslichen Umfeld**



Um bei einem Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom nachhaltige Veränderungen der Symptome zu erreichen, ist es wichtig, dass der Therapieansatz ganzheitlich ist, d.h. verschiedene Therapieformen im Sinne einer multimodalen Therapie kombiniert und gleichzeitig **individuell** auf das einzelne Kind abgestimmt werden. Dazu müssen die Verhaltensweisen und Verhaltensmuster des Kindes genau analysiert werden und in Verbindung mit den häuslichen Rahmenbedingungen gesehen werden. Vergleichbar ist die individuelle Therapie mit einem Mosaik: Es stehen verschiedene Mosaiksteine zur Verfügung um ein gelungenes Bild entstehen zu lassen. Welche Bausteine dazu verwendet werden, variiert von Kind zu Kind. So kann es sein, dass einige in diesem Buch vorgestellten Therapiemaßnahmen im Rahmen einer individuell gestalteten Therapie nicht oder nur kurzfristig angewendet werden und einige wenige Therapieformen überwiegen. **Nicht immer muss eine Therapie mit einer Medikation einhergehen.**

Nachfolgend werden nun die wichtigsten Therapiemaßnahmen vorgestellt, die im Rahmen der ADS-Therapie zum Einsatz kommen.

Daneben existieren weitere alternative Therapien, auf die am Ende des Buches eingegangen wird.

3.1. Die medikamentöse Therapie des ADS

In der Diskussion um das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und die Therapie desselben ist die Frage der medikamentösen Therapie die wohl umstrittenste. Dies beruht unter anderem auf der Tatsache, dass die am häufigsten verwendeten Medikamente zu den Psychopharmaka gezählt werden.



Es gilt mittlerweile als wissenschaftlich erwiesen, dass – bei eindeutiger Diagnose – mit entsprechenden Medikamenten Erfolge und somit Verhaltensänderungen im Sinne einer Symptomverbesserung erzielt werden können. Eine medizinische Indikation ist insbesondere dann gegeben, wenn eine gesicherte Diagnose gemäß den international gültigen Diagnosekriterien (siehe S. 19) erfolgte, eine typische Symptomatik ausgeprägt



in Erscheinung tritt und andere therapeutische Maßnahmen nicht Erfolg versprechend verliefen.

Mit Hilfe der Medikation kann ADS allerdings nicht geheilt werden, sodass Verhaltensänderungen und Symptomverbesserungen nur so lange anhalten, wie die Medikamente wirken. Eine regelmäßige Einnahme der Medikamente entsprechend des vom Arzt vorgegebenen Rhythmus ist demnach sehr wichtig. Dies sollten Sie auch Ihrem Kind in alters- und kindgerechter Form sensibel vermitteln. Je natürlicher Sie mit den Therapiemaßnahmen umgehen, desto natürlicher und in gewisser Weise auch selbstverständlicher wird dies Ihr Kind tun. Dies gilt nicht nur bezogen auf die medikamentöse Therapie, sondern gleichfalls für alle Therapieformen.

Um eine möglichst dauerhafte Verhaltensänderung bewirken zu können, müssen neben der medikamentösen Therapie, die die Basis darstellen kann, Maßnahmen getroffen werden, die beispielsweise auf psychologischer oder heilpädagogischer Ebene auf eine angemessene Verhaltensänderung abzielt.

Die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka basiert auf der Tatsache, dass der Neurotransmitter (Botenstoff) – Haushalt, insbesondere das Zusammenspiel der Botenstoffe Dopamin, Noradrenalin und Serotonin im Gehirn nicht korrekt funktioniert.

Während Noradrenalin maßgeblich den Antrieb reguliert, spielt Dopamin bezüglich der körperlichen und seelischen Aktivität eine große Rolle. Serotonin hingegen gilt als beruhigender Neurotransmitter. Insbesondere das Zusammenspiel der Botenstoffe im Gehirn ermöglicht verschiedene Verhaltensweisen des Menschen und so regulieren beispielsweise

- ❖ Noradrenalin und Serotonin die Entstehung von Angstzuständen,
- ❖ Serotonin und Dopamin den Appetit, Aggressionen und Lustgefühle,
- ❖ Noradrenalin und Dopamin die Motivationslage und
- ❖ Serotonin, Noradrenalin und Dopamin gemeinsam die Stimmung, Emotionalität und sämtliche kognitiven Fähigkeiten (= Fähigkeiten, die der Erkenntnis und der Informationsverarbeitung dienen, z.B. lernen, denken, erinnern, wahrnehmen, ...)



Botenstoffe (Transmitter) dienen der Übermittlung von Reizen (Nachrichten) von einer Nervenzelle zu einer anderen, direkt anschließenden Nervenzelle. Sobald eine Reaktion weitergeleitet werden soll, kommt es zur Ausschüttung der Transmitterstoffe in den synaptischen Spalt (= Raum zwischen zwei direkt angrenzenden Nervenzellen), die sich entsprechend dem Schlüssel – Schloss – Prinzip (siehe Seite 15) einen passenden Rezeptor (Andockstelle) suchen, um an der direkt anschließenden Zelle eine entsprechende Reaktion auszulösen.

Wenn nun eine zu geringe oder zu große Menge an Botenstoffen ausgeschüttet wird oder Botenstoffe zu lange, bzw. zu kurz im synaptischen Spalt verbleiben, tritt ein Ungleichgewicht der Botenstoffe Serotonin, Dopamin und Noradrenalin auf, welches sich in der ADS – typischen Symptomatik widerspiegelt.

Zur Medikamentengruppe der Psychopharmaka zählen alle Medikamente, die psychoaktiv und somit auf die Aktivität des ZNS (= zentralen Nervenssystems) wirken. Sie wirken an der Synapse, bzw. im synaptischen Spalt und somit genau an jener Stelle, an der Botenstoffe die Reize von Nervenzelle zu Nervenzelle weiterleiten.

In medikamentöser Hinsicht sind zwei Untergruppen der Psychopharmaka – Sparte für die Therapie des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms von Bedeutung. Dies sind zum einen die Stimulanzien, zum anderen die Antidepressiva, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Alle hier erwähnten Medikamente besitzen neben ihrer Wirkung auch mögliche Neben- und Wechselwirkungen, die sie mit anderen Medikamenten eingehen, die möglicherweise nicht genannt werden.



➤ **Stimulanzien**

Zu den Stimulanzien, genauer gesagt den Psychostimulanzien zählen Substanzen, die den menschlichen Organismus auf nervlicher (= neuronaler) Ebene anregen und somit die nervliche Aktivität steigern. Abgeleitet aus dem Lateinischen (stimulare = anregen), kann durch Einnahme von Stimulanzien beispielsweise Konzentrationsstörungen und mangelnder Ausdauer, aber auch anderen Symptombereichen des ADS entgegengewirkt werden.

❖ ***Methylphenidat***

Das wohl bekannteste Medikament zur Therapie des ADS ist Ritalin[®], welches 1944 als ADS – Medikament eher zufällig in den Laboren hergestellt wurde. Erst in den 50er Jahren kam Ritalin[®] dann auch in Deutschland und der Schweiz auf den Markt und mittlerweile gibt es verschiedene Produkte mit dem Wirkstoff ***Methylphenidat***, so zum Beispiel: Medikinet[®] oder Equasym[®] oder Concerta[®], bzw. Methylphenidat – Hexal[®]. Alle diese Medikamente zählen zu den sogenannten Stimulanzien und gelten als Medikamente der „ersten Wahl“ bei einem ADS, aber auch bei ADHS. Aufputschende Wirkung erzielen Stimulanzien nur dann, wenn ***kein*** ADS, bzw. ADHS vorliegt. Erfahrungsberichte belegen, dass sich im Falle eines eindeutig diagnostizierten ADS bei ca. 80% Verbesserungen der Symptome zeigen.

Auch wenn die Wirkweise von Methylphenidat im Gehirn noch nicht vollständig aufgeklärt werden konnte, geht man davon aus, dass es zwischen den einzelnen Nervenzellen des Gehirns, somit im synaptischen Spalt, eine kurzzeitige Blockade der Rezeptoren bewirkt durch die vorzeitige Aufnahme der Botenstoffe an nachfolgenden Nervenzellen gehemmt und der Stoffwechsel im Gehirn somit normalisiert wird. Methylphenidat erhöht dabei in erster Linie die Dopamin, aber auch die Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt. Aufgrund der Tatsache, dass Dopamin für den Antrieb und Noradrenalin für die Regulation der Aufmerksamkeit und Motivation verantwortlich gemacht wird, erklärt sich die Wirkweise des Medikamentes.



Neben der individuell festzulegenden Dosis ist auch die Regelung der Einnahmezeit von besonderer Bedeutung. Welche Dosis im Einzelfall verabreicht wird, lässt sich anhand des Körpergewichtes ermittelt, sie muss aber in Einzelfällen in entsprechender Weise verändert werden.

Methylphenidat wirkt bereits etwa eine halbe Stunde nach der Einnahme, wird dann aber mit der Zeit im Körper abgebaut und kann – wenn eine weitere Einnahme nicht rechtzeitig erfolgte – zu einem so genannten Rebound – Effekt (= ADS – Verhaltensweisen treten verstärkt auf und zeigen sich im Sinne von erhöhter Müdigkeit, bzw. Heißhungerattacken, Verstimmungen, etc.) führen. Aus diesem Grund muss die individuelle Dosis auf den Tag verteilt werden. Denkbar ist auch ein Umstieg auf so genannte Retard - Medikamente, die durch eine spezifische Zusammensetzung den Wirkstoff nicht als Ganzes abgeben, sondern *innerhalb des Körpers* allmählich über einen Zeitraum verteilt.

Da alle Wirkstoffe und Medikamente neben der erwünschten Wirkung auch Nebenwirkungen bewirken können, wird hier exemplarisch auf einige Nebenwirkungen des Medikamentes Ritalin[®] eingegangen werden. Es zeigt sich immer wieder, dass durch die Einnahme auch bereits vorhandene Symptome verstärkt werden, sodass sie nicht primär als Nebenwirkung anzuerkennen sind. Ob Auffälligkeiten und Probleme auf die Medikation zurückgeführt werden können, kann durch Verhaltensbeobachtungen vor und während der medikamentösen Therapie analysiert werden. Es handelt sich nur dann um Nebenwirkungen, wenn sich bereits vorhandene Symptome verschlechtern oder neue medikamentös bedingte Symptome hinzukommen.

So leiden beispielsweise viele ADS – Kinder typischerweise unter einem verminderten Hungergefühl, das durch die Einnahme verschlimmert werden kann, sich in der Regel aber nach einiger Zeit wieder reduziert, bzw. komplett abklingt. Nur etwa in einem von hundert Fällen kann sich die Appetitlosigkeit auf Übelkeit und Erbrechen ausweiten. Es empfiehlt sich die Beobachtung des Gewichtes um ernste Probleme zu erkennen, wodurch der Arzt unter Umständen die medikamentöse Therapie einstellt sowie ein sensibler Umgang mit der Thematik im Gespräch mit dem Kind.

Ebenso verhält es sich mit der Neigung zu weinerlichem Verhalten und zu Tics. Oftmals sind sie (einzeln oder in Kombination) bereits vor der medikamentösen Therapie



vorhanden, es ist daher nur dann als Nebenwirkung anzuerkennen, wenn das Verhalten neu auftritt oder sich verschlechtert.

Neben allergischen Hautreaktionen wie beispielsweise Nesselsucht (= Urtikaria) und Juckreiz (= Pruritus) zählen Gelenkschmerzen (= Arthralgien) zu den häufig auftretenden Nebenwirkungen und kommen in weniger als 10% vor.

Während in Langzeitstudien nachgewiesen werden konnte, dass Ritalin keine Wachstums**störungen** verursacht, kann eine geringe Wachstums**verzögerung** nicht ausgeschlossen werden. Sie kommen bei weniger als einem von 100 Patienten vor und zählen somit zu den gelegentlichen Nebenwirkungen.

Im Rahmen der Therapie mit Stimulanzien können in sehr seltenen Fällen Blutwertveränderungen auftreten. Regelmäßige Kontrollen der Leberwerte sowie der Blutplättchen und der roten und weißen Blutkörperchen (kleines Blutbild) sind daher angeraten. Veränderungen werden insbesondere durch Normabweichungen oder anhand der Vergleiche mit den Ausgangswerten aus der ärztlichen Diagnostik (vgl. S. 30), bzw. mit den vorangegangenen Blutbildergebnissen deutlich.

Weiter zu erforschen sind derzeit noch mögliche Folgen einer Langzeiteinnahme von Methylphenidat – Präparaten. So stehen jene Präparate einerseits immer wieder im Verdacht, das Suchtrisiko zu erhöhen. Andererseits gibt es Studien, die dies in Frage stellen und davon ausgehen, dass das Suchtrisiko nicht erhöht oder gar geringer anzusiedeln ist.

Auch die Annahme, dass Methylphenidat bei langfristiger Einnahme ein vermehrtes Risiko zur Erkrankung am Parkinson – Syndrom mit sich führt, gilt derzeit nicht als wissenschaftlich erwiesen.

Nachfolgend finden Sie weitere Stimulanzien aufgelistet, die Methylphenidat als Hauptwirkstoff beinhalten.

Die Unterschiede der einzelnen Präparate liegen nicht im Hauptwirkstoff selbst, sondern in der weiteren Zusammensetzung, Dosierung sowie in der Unterscheidung zwischen Retard – Medikamenten oder Mehrfachmedikation während des Tages. Welches Medikament im Einzelfall in Frage kommt, muss der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangslage entscheiden.

Auf eine medikamentöse Therapie von Vorschulkindern (jünger als 6 Jahre) wird in der Regel verzichtet. Dies hat mehrere Hintergründe. Zum einen ist die Diagnose bei



Kleinkindern sehr schwer eindeutig zu stellen. Gerade in einer Phase der schnellen Entwicklung wie im Kleinkindalter kann häufig nicht abgesehen werden, ob die Verhaltensweisen vorübergehend sind oder es sich um eine derartige Erkrankung handelt. Eine eindeutig gestellte Diagnose nach den internationalen Diagnosekriterien (siehe S. 19) stellt die Hauptvoraussetzung für den Einsatz und den Erfolg einer medikamentösen Therapie dar. Darüber hinaus beschränken sich Langzeitstudien, die die Folgen der medikamentösen Therapie abzuschätzen versuchen in der Regel auf Kinder ab dem sechsten Lebensjahr. Es kann nicht einfach davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Langzeitstudien auch auf Kleinkinder übertragbar sind.

Da eine Therapie niemals einseitig durchgeführt und somit mehrere Komponenten enthalten sollte, sind bei Auffälligkeiten im Kleinkindalter erst andere therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, die auch in Erziehungsfragen helfen können. Insbesondere in diesem Alter sollten die entscheidenden Erziehungsfaktoren (vgl. Schaubild: Säulen der Erziehung, S. 18) konsequent eingehalten werden.



Name	Besonderheit	Wirkdauer	Für wen?
Concerta®	als 18, 36 und 54 mg Retard tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 8 bis 12 Stunden.	In der Regel für Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche mit einer eindeutigen ADS Diagnose, die nach den jeweils aktualisierten internationalen Diagnosekriterien erstellt wurde.
Equasym®	Als 5, 10 und 20 mg – Tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 2 bis 4 Stunden.	
Medikinet®	Als 5, 10 und 20 mg – Tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 2 bis 4 Stunden.	
Medikinet retard®	Als 10, 20, 30, bzw. 40 mg Retard tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 6 bis 8 Stunden.	
Methylphenidat-HEXAL®	Als 10 mg Tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 2 bis 4 Stunden.	
Methylphenidat-ratiopharm®	Als 10 mg Tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 2 bis 4 Stunden.	
Methylpheni TAD®	Als 5, 10 und 20 mg – Tablette erhältlich.	Ca. 2 bis 4 Stunden.	
Ritalin®	Als 10 mg – Tablette erhältlich. Wirkstoff: <i>Methylphenidat</i>	Ca. 2 bis 4 Stunden.	

Die Wirkung von Methylphenidat bei Erwachsenen wurde in verschiedenen Studien bewiesen, so dass man - nach derzeitigem Forschungsstand - davon ausgeht, dass eine Methylphenidat - Therapie auch die ADS - Symptome von Erwachsenen lindert. Ob und in welcher Höhe die Kosten durch Krankenkassen übernommen werden, muss individuell geklärt werden.



❖ Weitere Stimulanzen

Ein weiterer Wirkstoff der Stimulanzen - Sparte ist **Amphetamin**. Zwar ist Methylphenidat ein Abkömmling des Amphetamins, sie unterscheiden sich im Wesentlichen aber in der chemischen Struktur und in der psychostimulierende Wirkung. Die Bezeichnung „Amphetamin“ leitet sich aus der chemischen Bezeichnung Alpha – Methylphenethylamin ab.

Der Wirkstoff Amphetaminsulfat ist in Deutschland nicht in fertiger Form (als Tablette oder ähnliches) zu beziehen, sondern muss in der Apotheke in der Regel als Saft, teilweise auch als Tablette, aus der Rohform hergestellt werden.

Die Behandlung mit Amphetaminen wird in der Regel immer dann angestrebt, wenn Methylphenidat - Präparate nicht anschlagen, beide gelten hierbei als so genannte Medikamente der ersten Wahl. Ebenso wie Methylphenidat wirken Amphetamine auf die Rezeptoren und die Ausschüttung der Transmitterstoffe – insbesondere des Noradrenalins und Dopamins – in den synaptischen Spalt, wirken also in ähnlicher Art und Weise.

Das Medikament Tradon[®] beinhaltet einen weiteren Wirkstoff aus dem Kreis der Stimulanzen: Pemolin. Die Wirkung des Pemolins tritt wesentlich später ein als bei Methylphenidat oder anderen Amphetaminpräparaten, hat allerdings eine längere Wirkungsdauer. Insbesondere in der Zeit, als man sich noch mit der Entwicklung der Retardtabletten beschäftigte, wurde Pemolin in Form von Tradon[®] häufig verordnet. Auch hier empfiehlt sich die regelmäßige Kontrolle der Blutwerte, insbesondere der Leberenzymwerte, da vereinzelt Nebenwirkungen in Form von erhöhten Leberenzymwerten auftreten können.

In Einzelfällen konnten durch die Medikation bedingte Wachstumsverzögerungen und Gewichtsverlust beobachtet werden. Es empfiehlt sich, sowohl das Längenwachstum (Größe) als auch das Körpergewicht zu beobachten und dem Arzt eventuelle Abweichungen oder Verdachtsmomente mitzuteilen. Darüber hinaus können in seltenen Fällen z.B. Schwindel und Angstzustände sowie Alpträume auftreten. Andere Psychopharmaka dürfen während einer Pemolin (Tradon[®]) – Therapie nicht eingenommen werden.



Name	Besonderheit	Wirkdauer	Für wen?
Nur als Rohsubstanz als Amphetaminsulfat in Deutschland erhältlich	Wird als Saft oder Tablette in der Apotheke hergestellt	Ca. 5 bis 8 Stunden	Kinder ab 6 Jahren, Jugendliche mit einer eindeutigen ADS Diagnose.
Tradon®	als 20 mg Tablette erhältlich. Wirkstoff: Pemolin	Ca. 8 bis 12 Stunden	

❖ Verreisen mit BTM – Medikamenten

BTM – Medikamente sind Medikamente, die Wirkstoffe enthalten, die aufgrund ihrer Wirkweise bestimmten Anwendungsbeschränkungen oder –verboten unterliegen. Sie werden gesetzlich bestimmt (Betäubungsmittelgesetz) und darüber hinaus wird in einer gesonderten Verschreibungsverordnung (= **Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung**) geregelt, wie und in welchem Maß ein Arzt gewisse Betäubungsmittel verschreiben darf.

Methylphenidat wird in diesem Gesetz (BtmG) beispielsweise als verkehrs- und verschreibungsfähige Substanz gelistet, das bedeutet: ein Arzt kann diese Medikamente mittels speziellem Rezept und in festgelegtem Maß verschreiben, sodass diese Medikamente in der Apotheke erworben werden können.

Im Falle einer Reise ins Ausland müssen bei einer medikamentösen Therapie mit Methylphenidat, Amphetaminsulfat oder anderen Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM – Gesetz) fallen, besondere Regularien eingehalten werden um Zwischenfälle an Grenzen zu vermeiden. Dabei muss unterschieden werden zwischen Reisen in Länder, die das so genannte Schengener Abkommen unterzeichnet haben und jenen, die als Nicht – Mitgliedsstaaten des Schengener Abkommens geführt werden.



Bei Reisen in die Mitgliedsstaaten müssen Patienten eine „ärztliche Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“ mit sich führen. Dies ist im Artikel 75 des Schengener Abkommens geregelt. Bei Reisen in Länder außerhalb des Schengener Abkommens sind die jeweiligen Bestimmungen zu beachten, die man am besten bei den zuständigen Botschaften in Deutschland erfragt. Zusätzlich zu den Bestimmungen sollte man stets eine ärztliche Bescheinigung in englischer Sprache mitführen, die über die Medikation informiert und Angaben über die Dauer der Reise enthält.

Informieren Sie sich also rechtzeitig über die Bestimmungen des Reiselandes. Kontaktieren und informieren Sie außerdem den behandelnden Arzt rechtzeitig über Ihre Reisepläne. Insbesondere dann, wenn zwischen Heimat- und Reiseland Zeitverschiebungen auftreten, muss die Medikation unter Umständen umgestellt werden, damit beispielsweise nicht unverhofft Rebound – Effekte eintreten.

❖ **Aussetzen der Medikation am Wochenende oder in den Ferien**

Da die Probleme vor allen Dingen in der Schule präsent sind, liegt die Frage nahe, ob am Wochenende oder in den Ferien die Einnahme von Methylphenidat - Medikamenten ausgesetzt werden kann. Dies lässt sich nicht eindeutig beantworten. Es gibt Fälle, in denen eine Unterbrechung während der Ferien, selten auch während des Wochenendes, funktioniert und im Individualfall unter Umständen auch sinnvoll sein kann. Allerdings sollte beachtet werden, dass die Einnahme des Medikamentes ein relatives Gleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn herstellt. Dies bewirkt, dass sich das Kind in gewisser Weise anders verhält als ohne Medikamente. Es lernt, mit diesen „neuen“ Gegebenheiten umzugehen und verhält sich anders als sie es dies normalerweise tun würden. Im Rahmen einer umfassenden Therapie müssen neu erlernte Verhaltensmechanismen erst gefestigt werden. Es muss gelernt werden, so dass auf schwierige Situationen in neu erlernten Verhaltensweisen reagiert werden kann. So ist es auch aus psychologischer Sicht im Rahmen der ganzheitlichen Therapie wichtig, dass die Einnahme zunächst regelmäßig stattfindet und erst dann unterbrochen wird, wenn es die Situation – in Absprache mit dem behandelnden Arzt – ermöglicht.



➤ Antidepressiva

Psychopharmaka sind Medikamente, die die Aktivität und Funktion des zentralen Nervensystems (ZNS) beeinflussen und somit teilweise großen Einfluss auf die Emotionalität, die Stimmung und die Affektivität (= Gefühlslage) besitzen.

Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Antidepressiva, wobei man zwischen Medikamenten unterscheidet, die als antriebssteigernd und stimmungsaufhellend gelten oder eher dämpfend wirken.

Unterschieden wird derzeit zwischen:

- MAO – Hemmern (= **M**ono**a**mino**o**xidase)
- Trizyklischen- und tetrazyklischen Antidepressiva
- SSRI (**S**elektiven **S**erotonin Wiederaufnahme („**r**euptake“) **I**nhibitoren)
- NARI (**N**or**a**drenalin Wiederaufnahme („**r**euptake“) **I**nhibitoren)
- SNRI (**S**erotonin **N**oradrenalin Wiederaufnahme („**r**euptake“) **I**nhibitoren)

Alle Psychopharmaka wirken sich auf den Botenstoff – Haushalt im Gehirn in jeweils spezifischer Weise aus. Dabei unterscheidet man zwischen „klassischen“ Antidepressiva, den tri- und tetrazyklischen Antidepressiva, die mehrere Botenstoffe regulieren und den selektiven Antidepressiva, die jeweils Auswirkungen auf ein Botenstoffsystem besitzen. Die MAO – Hemmer hemmen – wie der Name bereits sagt – das Enzym Monoaminoxidase und sorgen dadurch dafür, dass im Gehirn ein Größeres Serotonin–, Noradrenalin– und Dopaminpotential zur Verfügung steht. Sie wirken sich demnach auch auf mehrere Botenstoffsysteme aus.

Bereits durch die Kurzbeschreibung wird deutlich, dass eine Medikation mit Antidepressiva im Hinblick auf die ADS – Therapie durch die Wirkweise der Medikamente durchaus möglich erscheint, wobei dies im Einzelfall zu hinterfragen ist.

In der praktischen Umsetzung steht die Therapie des ADS mit jenen Medikamenten zwar nicht an erster Stelle, wird allerdings immer dann angedacht, wenn Medikamente der ersten Wahl (Methylphenidat – Präparate) und andere Stimulanzien (Medikamente zweiter Wahl) nicht wirken oder gegenindiziert (= aus verschiedenen Gründen nicht



anwendbar) sind. Aufgrund dieser Tatsache liegen hinsichtlich der einzelnen Medikamente nur wenige ADS – spezifische Studien vor, die vor allem im Hinblick auf die Langzeiteinnahme Aussagen liefern. Viele Studien belegen allerdings die Wirksamkeit einzelner Medikamente im Hinblick auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom.

Nachfolgend wird auf die in der Tabelle aufgelisteten Medikamente exemplarisch eingegangen.

Anzumerken ist, dass die nachfolgend genannten Medikamente im Gegensatz zu Methylphenidat- und Amphetaminpräparaten **nicht** unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

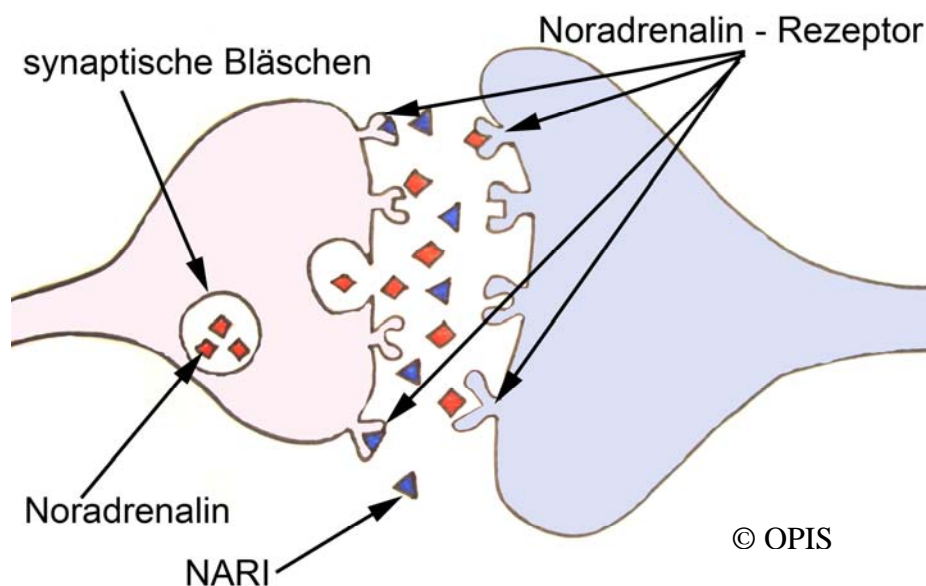
Name	Besonderheit	Für wen?
Strattera®	Als 10, 18, 25, 40, 60 mg Kapseln erhältlich. <u>Wirkstoff:</u> Atomoxetin (NARI)	Kinder ab 6 Jahren, Jugendliche mit einer eindeutigen ADS - Diagnose.
Tofranil® Imipramin- neuraxpharm®	Als 25 mg Dragee erhältlich. <u>Wirkstoff:</u> Imipramin (TZA)	Kinder ab 6 Jahren, Jugendliche, Erwachsene mit einer eindeutigen ADS – Diagnose.
Petylyl® Dragees	Als 25 mg Dragee erhältlich. <u>Wirkstoff:</u> Desipramin (TZA)	Erwachsene
Zum Beispiel: Aurorix®, Moclix®	Als 150 / 300 mg Tablette erhältlich. <u>Wirkstoff:</u> Moclobemid (MAO – Hemmer)	Fraglich bei Kindern, in der Regel erst ab dem 18. Lebensjahr.



❖ NARI (Selektive Noradrenalin Wiederaufnahme („reuptake“) Inhibitoren)

Seit März 2005 ist ein NARI – Medikament namens Strattera® mit dem Wirkstoff Atomoxetin (siehe Tabelle) in Deutschland erhältlich. Internationale Studien zeigen die Einsatzmöglichkeit von Atomoxetin (Strattera®) im Hinblick auf das ADS auf. Es wird insbesondere dann für eine medikamentöse Therapie in Erwägung gezogen, wenn die Medikamente der ersten Wahl (Stimulanzen) nicht die gewünschte Wirkung erzielt haben oder gegenindiziert sind.

NARI sorgen dafür, dass Noradrenalin (rot) nach der Ausschüttung länger im synaptischen Spalt verweilt, da die Wiederaufnahme am Rezeptor der ursprünglichen Nervenzelle durch das NARI in bauähnlicher Substanzen (blau) geblockt wird.



Genau wie bei allen anderen Medikamenten auch, muss die passende Medikation individuell eingestellt werden. Der Wirkstoff Atomoxetin sorgt für eine erhöhte Konstanz des Transmitterstoffes Noradrenalin im synaptischen Spalt. Es wirkt selektiv auf Noradrenalin, was bedeutet, dass die Auswirkungen des Medikamentes auf Transportermoleküle oder Rezeptoren anderer Neurotransmitter als gering einzustufen sind.



In Studien erzielte Atomoxetin eine Methylphenidat – vergleichbare Wirkung, wobei die erwünschten Wirkungen erst bei konsequenter Einnahme nach ärztlicher Anweisung sukzessive (allmählich) eintraten, sich also nicht wie bei Methylphenidat – Präparaten sofort bemerkbar machten.

Anders als die Medikamente der Stimulanzien – Sparte unterliegt Atomoxetin (Strattera®) nicht dem Betäubungsmittelgesetz. In den Studien und Testphasen (Zulassungsstudien) des Medikamentes wird dem Medikament eine allgemein gute Verträglichkeit zugesprochen. Dies schließt das Auftreten von Nebenwirkungen allerdings nicht aus. Nachfolgend wird exemplarisch auf einzelne Nebenwirkungen eingegangen. Ob das Medikament im Einzelfall zum Einsatz kommen kann, muss individuell entschieden werden. Insbesondere bei Erkrankungen des Herz – Kreislauf – Systems und bestehenden Leberschäden ist der Einsatz von Atomoxetin abzuwägen.

Allergische Reaktionen sind in der Regel niemals auszuschließen. Treten sie auf, sollte der Arzt kontaktiert werden. Neben der Appetitlosigkeit, einer Gewichtsreduktion und anderen Beschwerden im Magen – Darm – Bereich, können Stimmungsschwankungen und eine erhöhte Reizbarkeit auftreten. Aufgrund des Verdachts einer möglicherweise erhöhten Selbstmordgefahr (= Suizidgefahr), die in einzelnen Fällen bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr besteht, wird empfohlen, das Verhalten der Kinder in den ersten Wochen der Einnahme besonders zu beobachten. Berichtet wird auch von grippeähnlichen Beschwerden sowie gelegentlich erhöhtem Puls und Blutdruck, die daher in regelmäßigen Abständen auch kontrolliert werden sollten.

❖ **Klassische Antidepressiva**

Als „klassische Antidepressiva“ bezeichnet man die so genannten **trizyklischen Antidepressiva (TZA)**, deren Name auf den chemischen Grundaufbau (drei angeordnete Ringsysteme) verweist. Klassische Antidepressiva haben – aufgrund ihrer Wirkweise (wiederaufnahmehemmend im Hinblick auf *mehrere* Botenstoffsysteme) in der ADS – Therapie ihre Einsatzberechtigung und zwar insbesondere dann, wenn



Medikamente der ersten und zweiten Wahl kontraindiziert sind, nicht entsprechend wirken oder eine Depression zum ADS erschwerend hinzukommt.

Eine Anwendungsbeschränkung für trizyklische Antidepressiva besteht in der Regel bei Vorerkrankungen wie beispielsweise schweren Leberfunktionsstörungen, einer erhöhten zerebralen Krampfbereitschaft (z.B. Epilepsie) oder Herzproblemen.

Imipramin (z.B.: Tofranil[®], Imipramin-neuraxpharm[®]) besitzt vier klinische Hauptwirkungen. Es wirkt zum einen **psychomotorisch stimulierend (= thymetisch), angstlösend (= anxiolytisch), beruhigend (= sedierend)** sowie **depressionslösend und stimmungsaufhellend**. Da sich die stimulierende und die sedierende Wirkung in der Regel die Waage halten, bezeichnet man Imipramin auch als trizyklisches Antidepressivum mit antriebsneutraler Wirkung. Hinzuzufügen ist, dass im Rahmen einer längeren (Dauer-) therapie die sedierende Wirkung des Medikamentes immer stärker nachlässt und die stimulierende Wirkung überwiegt.

Die Wirkweisen der meisten trizyklischen Antidepressiva sind auf die spezifische Sensitivitätsänderung der post (= vorherigen) – und präsynaptischen (= nachfolgenden) Rezeptoren zurückzuführen. Bei einer Vielzahl trizyklischer Antidepressiva wird die Rückaufnahme in die präsynaptische Zelle gehemmt, wodurch die Noradrenalin- und Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt ansteigt.

Imipramin hingegen hemmt die Noradrenalin – Rezeptoren (Bindestellen) der postsynaptischen Nervenzelle und sorgt gleichfalls für die Wiederaufnahmehemmung des Serotonins aus dem synaptischen Spalt, sodass langfristig das Botenstoff – Ungleichgewicht reguliert wird.

Wie alle Medikamente besitzen auch Antidepressiva und somit auch Imipramin – Präparate neben den erwünschten Wirkungen auch Nebenwirkungen. Die meisten Nebenwirkungen der Antidepressiva beziehen sich auf das vegetative Nervensystem, also den Teil des Nervensystems, der die Vitalfunktionen (= lebenswichtige Funktionen) regelt und primär nicht dem Willen oder dem Bewusstsein unterliegt (Atmung, Stoffwechsel, Verdauung, Wasserhaushalt, ...). So kann es in Einzelfällen zu Gewichtsabnahme, motorischen Störungen (= Störungen im Bereich der kontrollierten



Bewegung) und zerebralen Krampfanfällen kommen. Auch zittrige Hände (Tremor), Benommenheit und Schwindelgefühle, bzw. Akkomodationsstörungen (scharf stellen der Augen) oder eine zeitweise Erhöhung der Leberenzymwerte sind möglich. Im Bereich der Atemwege macht sich häufig eine verstopfte Nase bemerkbar. Bezogen auf das Herz – Kreislaufsystem ist das Auftreten eines zu niedrigen Blutdruckes (= Hypotonie) oder Herzrasen (= Tachykardie) möglich.

Medikamente mit dem Wirkstoff Desipramin unterscheiden sich von Medikamenten des Imipramin – Typs in der Regel dadurch, dass sie eine stärker antriebssteigernde (= thymeretische) Wirkung aufweisen. Anders als Imipramin wirken sich Desipramin – Medikamente selektiver auf die Wiederaufnahme des Noradrenalins aus. Es hat somit weniger Einfluss auf andere Botenstoffsysteme.

❖ MAO – Hemmer

Der Begriff MAO – Hemmer steht für Medikamente, die das Enzym Monoaminoxidase hemmen, welches in Form zweier verschiedener Varianten (MAO – A und MAO – B) für den Abbau der Transmitter (= Botenstoffe) im zentralen Nervensystem sorgt. MAO – Hemmer hemmen – wie der Name schon sagt dieses Enzym und somit auch indirekt den Transmitterabbau. Infolgedessen steht im Gehirn zeitweise ein größeres Transmitterpotential zur Verfügung, wodurch – wie beispielsweise im Falle des ADS – symptomtypische Verhaltensweisen gelindert werden können.

Der Wirkstoff, der im Falle eines ADS in Frage kommt, nennt sich Moclobemid und ist in Form von Aurorix® oder Moclix® in Deutschland zugelassen. Moclobemid ist ein so genannter „selektiver, reversibler Inhibitor“. Dies bedeutet, dass das Abbauenzym MAO A vorübergehend blockiert und somit der Abbau der Transmitterstoffe zeitweilig gehemmt wird.

Die Einnahme von Moclobemid – Präparaten kann gelegentlich zu Schlafstörungen, Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen führen. Daneben wird über Mundtrockenheit und in seltenen Fällen auch von Hautreaktionen berichtet. In Einzelfällen können sich



weitere Nebenwirkungen, wie beispielsweise Sehstörungen und erhöhte Leberenzymwerte (Blutuntersuchung) bemerkbar machen.

➤ **Abschließende Bemerkungen zur medikamentösen Therapie des ADS**

Die medikamentöse Therapie des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms stellt eine Möglichkeit dar, Symptome zu lindern und in Verbindung mit anderen therapeutischen Maßnahmen dauerhaft die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen zu erhöhen.

Es muss aber explizit darauf hingewiesen werden, dass durch die entsprechenden Medikamente das Krankheitsbild nicht überwunden (geheilt) werden kann. Sie können nur auf eine Verbesserung der Symptome abzielen und sie lindern. Dies geschieht in der Regel genau so lange wie die Medikamente eingenommen werden.

Im Klartext bedeutet das: ADS - Medikamente können die Aufmerksamkeit erhöhen und die Konzentrationsfähigkeit verbessern, sodass Ihr Kind besser zuhören, konzentrierter und zielsicherer handeln kann. Auch das Einhalten der Regeln im schulischen oder häuslichen Bereich wird dem Kind leichter fallen. Die medikamentöse Therapie verändert aber nicht die individuellen Charaktereigenschaften, so dass dauerhafte Verhaltensänderungen nur durch eine Kombinationstherapie (multimodale Therapie) möglich werden. Problematische Verhaltensweisen verschwinden nicht automatisch genauso wenig verbessert sich das Sozialverhalten automatisch. Gegebenheiten, die sich über Jahre gefestigt haben und unter Umständen in gewisser Weise auch durch die Erziehung mitbedingt werden, können durch die Medikamente nicht, bzw. nur indirekt positiv beeinflusst werden.

Die medikamentöse Therapie kann man so erklären: Die Wirkweise der Medikamente versucht, jene "normale" Ausgangslage herzustellen, wie sie bei Menschen mit einem Botenstoffgleichgewicht vorhanden ist. Als Ausgangsbasis kann die medikamentöse Therapie indirekt eine dauerhafte Verbesserung des IST - Zustandes erzielen, indem sie empfänglich und aufnahmebereit für andere Therapieformen macht.

So ist es beispielsweise auch ein Ziel der individuellen Therapie, dass gewisse (alte) Verhaltensweisen durch neue ersetzt werden. Durch diese ständige



Verhaltensänderung werden neue Verhaltensweisen eingeschliffen und früher oder später in das "normale" Verhalten integriert, sodass Therapieverfahren und somit auch die medikamentöse Therapie irgendwann eventuell reduziert, neu überdacht oder ganz eingestellt werden.

Woher weiß man, wann eine medikamentöse Therapie reduziert werden kann?

Auch hier gibt es keinen pauschalen Bewertungsmechanismus. In der Regel basiert diese Entscheidung auf einer gezielten Langzeitbeobachtung, immer aber in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. An eine Reduzierung kann dann gedacht werden, wenn sich beispielsweise im schulischen Bereich, im sozialen Umfeld und auch zu Hause erste Erfolge eingestellt haben und zusätzlich auch weitere Therapiemaßnahmen erfolgreich eine Verbesserung einräumen.

Die Reduktion der Medikation geschieht geplant und wird gezielt beobachtet. So genannte medikamentöse Auslassversuche sollten aus unterschiedlichen Gründen bevorzugt in den (Sommer-)ferien stattfinden. In der Anfangsphase kann dies allerdings eine sehr starke Belastung des häuslichen Umfelds mit sich führen. Durch klar strukturierte Regeln (Wenn..., dann... - Verknüpfungen) sollte das Zurückfallen in alte Verhaltensmechanismen konsequent beantwortet werden. Ziel ist es, die im Rahmen der Therapie erlernten Alternativverfahren anzuwenden und alte Strukturen damit zu ersetzen. Dies fordert von allen an der Erziehung Beteiligten viel Kraft und Durchhaltevermögen.

Das Auslassen des Medikamentes ist in erster Linie ein VERSUCH und somit kann es gelingen oder misslingen. Wenn an der Erziehung beteiligte Personen oder gar das Kind selbst der Auffassung sein, dass sich das Verhalten ohne Medikamente noch nicht verbessert und gewohnheitsbedingt eingeschliffen hat, muss man einsehen, dass ein Leben ohne Medikamente *zur Zeit* noch nicht möglich ist. Einen neuen Auslassversuch kann man – in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt – immer wieder starten, wenn die Anzeichen dafür gegeben sind



3.2. Psychotherapeutische Therapieformen

Der zweite wesentliche Eckpfeiler eines multimodalen Therapiekonzeptes ist die psychotherapeutische Behandlung des ADS. Der Begriff „Psychotherapie“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt etwa „Seelenbehandlung“ und umfasst die Auseinandersetzung mit dem eigenen Fühlen und Denken, aber auch mit dem Handeln, Erleben und Wahrnehmen. Psychotherapeutische Therapieformen umfassen verschiedene Maßnahmen, die versuchen, psychische oder emotionale Verhaltensstörungen mit klassischen psychologischen Therapieansätzen zu behandeln um den Leidensdruck des Patienten und seiner Umwelt zu reduzieren.

Die Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung variiert. Sie ist unter anderem von der Art der Therapie, aber auch von den individuellen Problemen abhängig.

Wer ist der richtige Ansprechpartner?

Die Entscheidung für eine psychotherapeutische Behandlungsform ist in der Regel Teil eines Gesamtkonzeptes der ADS – Therapie, die nach Abschluss der Diagnose erarbeitet wird.

Auf der Suche nach dem „richtigen“ Ansprechpartner muss der Laie sich mit verschiedenen Berufsfeldern auseinandersetzen. Unterschieden wird zwischen vier verschiedenen Berufen,

1. den Psychiatern
2. den Psychologen
3. den Psychotherapeuten

die zwar alle auf die Behandlung der Seele abzielen, sich aber in ihrer Arbeitsweise unterscheiden.

Psychiater verfügen über ein abgeschlossenes Studium der Medizin und haben eine zusätzliche fachärztliche Ausbildung im psychiatrischen Bereich absolviert. Im Gegensatz zum Psychologen behandelt er seelische Erkrankungen eher vom körperlichen Aspekt aus und verfügt über die Möglichkeit, Medikamente zu verabreichen. Psychiater haben zusätzlich die Möglichkeit, sich psychotherapeutisch weiterzubilden und somit Psychotherapien und Psychoanalysen anzubieten.



Psychologen haben hingegen das Studium der Psychologie absolviert und unter Umständen eine weitere Spezifizierung – die psychotherapeutische Ausbildung – durchlaufen, die ihnen den Titel „psychologischer Psychotherapeut“ verleiht. Da Psychologen keine Medikamente verabreichen dürfen, ist – insbesondere wenn zusätzliche organische Probleme vorhanden sind – die Zusammenarbeit mit einem Psychiater oder anderen Ärzten erforderlich.

Psychotherapeut kann werden, wer das Studium der Medizin, der Psychologie oder der (Sozial-) Pädagogik absolviert hat. Es stellt eine zusätzliche Qualifikation dar, wobei die Berufsbezeichnung vom ursprünglichen Studium abhängt. Demzufolge gibt es:

- den psychotherapeutisch arbeitenden Arzt (abgeschlossenes Medizinstudium und psychotherapeutische Zusatzqualifikation)
- den psychologischen Psychotherapeuten (abgeschlossenes Studium der Psychologie und psychotherapeutische Zusatzqualifikation)
- den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (abgeschlossenes Studium der (Sozial-) Pädagogik und psychotherapeutische Zusatzqualifikation)

Es kann pauschal nicht beurteilt werden, welche Berufsform für die psychotherapeutische Therapie am besten geeignet ist, da therapeutische Erfolge oftmals auch von den beteiligten Personen abhängig sind. Um die Anzahl der Ansprechpartner zu reduzieren, wird oftmals darauf geachtet, dass der Ansprechpartner über möglichst viele Qualifikationen verfügt und ADS – Patienten somit umfassend therapeutisch betreuen kann. Wichtig ist neben der Qualität der therapeutischen Betreuung und allen Qualifikation insbesondere auch die Vertrauensbasis, die zwischen den beteiligten Personen herrschen muss.



Wer übernimmt die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung?

Der behandelnde Psychotherapeut wird Sie über die Möglichkeit einer Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse aufklären. Die Kostenübernahme sollte **im Vorfeld** abgeklärt werden, da die Bezahlung ansonsten privat erfolgen muss. Bei einer gesetzlichen Krankenversicherung wird die Kostenübernahme formal beantragt und in der Regel durch den behandelnden Psychotherapeuten eingeleitet. Dies kann im Erstgespräch abgeklärt werden.

Insbesondere wenn die Behandlungsdauer aller Voraussicht nach die normale Dauer einer Therapie übersteigen wird, sollte schon vorab auf eine Langzeittherapie verwiesen und diese auch beantragt werden.

Privat Versicherte sollten ebenfalls erfragen, welche Leistungen die private Krankenversicherung übernimmt und sich diese schriftlich bestätigen lassen. Die Übernahme psychotherapeutischer Behandlungsformen kann von privater Krankenkasse zu privater Krankenkasse unterschiedlich sein.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (siehe unten), Verhaltenstherapien (siehe S. 63) und auch Psychoanalysen stellen durch die Krankenkassen anerkannte Verfahren dar, während beispielsweise die Kosten einer systemischen Familientherapie (siehe S. 75) nicht durch Krankenkassen getragen werden. Basiert die systemische Familientherapie auf Problemen von Kindern und Jugendlichen, besteht die Möglichkeit beim Jugendamt einen Antrag auf Kostenerstattung zu stellen. Ob diesem entsprochen wird, kann pauschal nicht beantwortet werden.

➤ Tiefenpsychologische Behandlung

Die Tiefenpsychologie knüpft in Theorie und Praxis insbesondere an das psychoanalytische Gedankengut Sigmund Freuds (= Begründer der Psychoanalyse), aber auch an Carl Gustav Jung (= Begründer der analytischen Psychologie) und Alfred Adler (= Begründer der Individualpsychologie) an, wobei sich unterschiedliche Ansichten aus den jeweiligen Ansätzen bildeten. Die Tiefenpsychologie hat sich zwar aus der Freudschen Psychoanalyse heraus entwickelt, ist aber keinesfalls mit ihr



gleichzusetzen. Beide Theorien entscheiden sich in ihren Behandlungstechniken, vor allen Dingen aber auch in der Dauer der Behandlung.

Nichtsdestotrotz wird bei beiden dem Un(ter)bewussten (und letztlich auch der frühen Kindheit) eine bedeutende Rolle zugesprochen.

In der Regel werden tiefenpsychologische Behandlungen dann eingesetzt, wenn Konflikte, bzw. Störungen im Bereich der (kindlichen) Entwicklung auftreten und die Beziehung von Menschen untereinander negativ beeinflussen. Ausgegangen wird von der Annahme, dass Verhaltensmuster in der Interaktion mit Menschen entstehen und immer wieder angewendet werden. Bis zu einem gewissen Zeitpunkt werden diese Verhaltensmechanismen – insbesondere von jenen Personen, die das Verhalten gewohnt sind – geduldet. Irgendwann aber stoßen diese Verhaltensmuster an ihre Grenzen, sei es aufgrund der Tatsache, dass das Verhalten nicht der Norm entspricht oder das Verhalten derart unpassend ist, dass es nicht akzeptiert werden kann. Aufgrund der Tatsache, dass das Verhalten von klein auf in entsprechender Art und Weise stattfand und auch immer zum Erreichen des jeweiligen Ziels führte, ist es nicht einfach zu verstehen, dass dies nun nicht (mehr) der Fall sein soll. Jeder, der Verhaltensweisen schon einmal geändert hat weiß auch, dass Verhalten nicht einfach von jetzt auf gleich geändert werden kann. Frustration und Unverständnis keimen auf. Klassischerweise liegt die Ursache also – wie die theoretische Ausgangslage der Tiefenpsychologie annimmt – in der Kindheit begründet. Dieser Ursprung zeigt sich nun in der Gegenwart (= im Jetzt) und wirkt sich negativ auf die menschliche Gesamtstruktur und somit auch auf die Psyche des Menschen aus.

Im Hinblick auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom geht es weniger darum, die Ursache für das Auftreten des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms in ungelösten Konflikten zu suchen. Es geht vielmehr darum, zu akzeptieren, dass tief im Inneren eines jeden Menschen verschiedene Prozesse ablaufen, die das Verhalten beeinflussen. Diese Prozesse werden in der Kindheit erlernt und festigen sich. Das direkte Umfeld lernt, mit diesen Verhaltensweisen umzugehen, sei es weil die Andersartigkeit des Verhaltens nicht bemerkt wird („das war schon immer so“) oder weil man dem Verhaltensmuster nach mehreren Versuchen nahezu machtlos gegenüber



steht („Ich weiß gar nicht, was ich da noch machen soll!“). Früher oder später stößt dieses Verhaltensmuster auf Gegenwehr, in der Regel dann, wenn zum häuslichen Umfeld andere Beziehungsfelder hinzugefügt werden (Kindergarten / Schule / Freunde).

Im Rahmen der tiefenpsychologischen Behandlung versucht man nun, jene verursachenden Bedingungen zu analysieren, zu deuten und Verhaltensmuster entsprechend abzuändern.

Die zentrale Aufgabe des Therapeuten besteht nun nicht darin eine Anleitung zum richtigen Verhalten herauszugeben, sondern dem Patienten durch eine Eigenerkenntnis aufzuzeigen wo die Probleme liegen und durch welches Verhalten im konkreten Fall zur deutlichen Situationsverbesserung beigetragen werden kann. Das Motto lautet demnach: Hilfe zur Selbsthilfe geben.

Nun ist es sicherlich nicht einfach, das Problem als Ganzes sofort zu erkennen, zu analysieren und zu beheben. So werden Problemfelder symptomatisch erfasst und in einem ganzheitlichen Zusammenhang unter Einbezug der Rahmenbedingungen analysiert. Kennt man das Problem als Ganzes, werden Teilschritte festgelegt und kleine Ziele formuliert. Somit steht jeweils ein zentrales Problem und ein zentral formuliertes Ziel fest, das im Rahmen einer Sitzung erreicht werden soll.

Da die Erkenntnis des Kindes alleine noch keine Verhaltensänderung bewirkt, kann eine wirkliche Veränderung und ein therapeutischer Erfolg nur dann von Dauer sein, wenn sich die Umgebung – insbesondere das häusliche Umfeld – darauf einstellt. Therapieerfolge sind nur dann von Dauer, wenn das Kind sich nicht zwischen Handlungsmustern hin und her bewegt wird. So müssen sich die Forderungen der Therapie insbesondere mit denen des Elternhauses decken und umgekehrt. Dies kann durch das Erstellen eines gemeinsamen Erziehungskonzeptes geschehen an das sich dann konsequenterweise alle an der Erziehung beteiligten Erwachsenen im Sinne des Kindes und der Verbesserung des IST – Zustandes zu halten haben. Erneut wird deutlich, dass hier die gegenseitige Offenheit und Ehrlichkeit, beispielsweise auch der offene Umgang zwischen Eltern und Lehrern, ein wesentliches Element der ganzheitlichen Therapie darstellt. Je natürlicher mit der Situation und mit dem Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom umgegangen wird, desto natürlicher findet auch



das Kind den Zugang zu allen damit verbundenen Konsequenzen. Das Problemfeld sollte den Kindern auf entsprechender kindorientierter Ebene bewusst gemacht werden. In der Regel nehmen Kinder gerne an Therapien teil. Dass dies ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Kind und Therapeut voraussetzt, erklärt sich nahezu von alleine.

Tiefenpsychologische Behandlungen können in Form von Einzel- und als Gruppentherapien stattfinden. Die Häufigkeit und Frequenz, in der Sitzungen stattfinden, können individuell variieren, in der Regel dauert eine solche Therapie ca. 50 Stunden, kann im Einzelfall aber auch deutlich darüber liegen. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien werden in der Regel von den Krankenkassen getragen, sofern der Psychotherapeut über eine Kassenzulassung verfügt. Ob und inwieweit eine solche Therapieform im Einzelfall eine Verbesserung des Zustandes bewirkt, kann pauschal nicht beurteilt werden. Wir weisen erneut darauf hin, dass ADS – Therapien individuell und ganzheitlich zu gestalten sind und ebenso individuell verlaufen.



➤ **Verhaltenstherapie**

Aufbauend auf der Grundannahme, dass menschliches Verhalten aus einer Kombination unbewusster und bewusster Abläufe besteht, geht die Verhaltenstherapie davon aus, dass von der Norm abweichendes Verhalten durch spezifische Lern- und Verhaltensprinzipien bewusst verändert werden kann aber auch unbekannte Verhaltensweisen – unabhängig vom Alter – hinzugewonnen werden können. Demzufolge beruht die Verhaltenstherapie auf den Konzepten der psychologischen Lern- und Verhaltenstherapie.

Anders als beispielsweise die Tiefenpsychologie geht die Verhaltenstherapie von den erkennbaren Verhaltensmustern aus und versucht somit, den Patienten in seiner individuellen Ausgangslage zu erfassen. Diese Erfassung der Ausgangslage wird als Problem- oder auch Funktionsanalyse bezeichnet. Im Gegensatz zur Tiefenpsychologie in der das Unterbewusstsein eine große Rolle spielt, geht man im Rahmen der Verhaltenstherapie davon aus, dass psychische Störungen durch falsches Lernen infolge fehlerhafter Verstärkungsmechanismen hervorgerufen werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn auf negative Verhaltensweisen des Kindes keine für das Kind unangenehmen Konsequenzen folgen. Ein klassisches Beispiel hierfür ist das Erfüllen der kindlichen Forderungen um peinliche Situationen zu vermeiden. Dem Kind wird bewusst, dass es mit seinen Verhaltensweisen durchkommt, wird sie also wieder in gleicher oder ähnlicher Art und Weise anwenden. Negative Verhaltensweisen werden demnach genauso erlernt wie positives Verhalten, wodurch man davon ausgeht, dass Verhalten durch neue Lernansätze verändert und neu gelernt werden kann.

Im Rahmen der individuellen Verhaltensdiagnostik wird auch darauf geachtet, welche Situationen im Einzelfall für das Auslösen typischer Verhaltensmuster verantwortlich gemacht werden können. Mittels Verstärkung soll die Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Verhaltensmuster reguliert werden, weshalb zwischen einer positiven („Belohnung“) und einer negativen Verstärkung („Bestrafung“) unterschieden wird. Nun sind die beiden Begriffe „Belohnung“ und „Bestrafung“ recht einseitig formuliert. In der Fachsprache bezeichnet man diese Begriffe als positiven, bzw. negativen Stimulus, wobei positive Stimulanz die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines positiven



Verhaltens beeinflussen soll, negative Stimulanz hingegen dazu führen soll, negative Verhaltensweisen zu unterlassen. Negativ stimulierend kann auch bedeuten, dass etwas positiv Stimulierendes, also etwas, das das Kind als angenehm empfindet, entfernt wird. Man erhofft sich dadurch, dass das Kind über sein Verhalten nachdenkt und bemerkt, dass es damit nicht zum Ziel kommt. Schließlich wurde ihm etwas genommen, was ihm gefällt. Was im Einzelfall die Regulation der Verhaltensweisen positiv oder negativ bestimmt ist, somit individuell verschieden und muss genauso analysiert werden wie die Verhaltensmuster selbst.

Verhaltenstherapeutische Behandlungen können in der Häufigkeit und Frequenz der Behandlungen variieren. Im Normalfall dauert eine Verhaltenstherapie 45 bis 50 Stunden, kann im Einzelfall aber auch deutlich darüber liegen. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen getragen, sofern der Psychotherapeut über eine Kassenzulassung verfügt. Ob und inwieweit eine solche Therapieform im Einzelfall eine Verbesserung des Zustandes bewirkt, ist individuell verschieden und von mehreren Faktoren abhängig.

Die Verhaltenstherapie unterlag ständigen Veränderungen und Weiterentwicklungen, wobei drei wesentliche Richtungen voneinander unterschieden werden können:

1. Die klassische Verhaltenstherapie
2. Die kognitive Therapie
3. Die kognitive Verhaltenstherapie

Während die klassische Verhaltenstherapie in ursprünglicher Form in der Regel auf Veränderung auftretenden Verhaltens mittels Lern- und Verhaltensprinzipien basiert, zielt die kognitive Therapie eher auf Veränderung der spezifischen Wahrnehmung und der individuellen Denkstrukturen ab. Man geht davon aus, dass sich das Verhalten aufgrund der veränderten Basis von alleine regulieren wird. Die kognitive Verhaltenstherapie hingegen versucht, die klassische Verhaltenstherapie mit der kognitiven Therapie zu verbinden und sowohl die Wahrnehmung, als auch das Denken und das daraus resultierende Verhalten im Rahmen einer Therapie zu verbinden.



Die kognitive Verhaltenstherapie stellt im Rahmen der multimodalen ADS – Therapie eine wichtige und Erfolg versprechende therapeutische Maßnahme dar.

❖ **Kognitive Verhaltenstherapie**

Die kognitive Verhaltenstherapie stellt eine Weiterentwicklung, sozusagen eine Spezifizierung, der allgemeinen Verhaltenstherapie dar. Neben dem Verhalten (motorischer Bereich) werden auch die Denkweisen (kognitiver Bereich) und die Wahrnehmungsebene (körperlich – emotionaler Bereich) berücksichtigt und therapeutisch integriert.

Im Rahmen der individuellen Situationserfassung werden die Problembereiche des Kindes erkannt und deren Ursachen hypothetisch festgehalten. Gemeinsam mit dem Kind wird besprochen, welche Veränderungen im Rahmen der Therapie erzielt und dauerhaft erreicht werden sollen.

Insbesondere Aussagen des Patienten können die Unzufriedenheit der Umwelt ausdrücken. Die Aussage „Jeder nörgelt an mir rum“ ist beispielsweise ein Indiz dafür, dass die Umwelt offen Kritik äußert, dem Patienten aber entweder nicht bewusst ist, warum die Umwelt so reagiert oder aber – und dies überwiegt – nicht dazu in der Lage ist etwas zu ändern, weil er mit seiner Situation überfordert ist.

Gemeinsam mit dem Therapeuten werden Verhaltensmuster aus verschiedenen Sichtweisen betrachtet und schließlich nach besser passenden Handlungsmöglichkeiten gesucht. Dabei bietet insbesondere das Erlernen der Selbstinstruktion die Möglichkeit sich selbst zu sagen, wie gehandelt werden sollte. Während dies zunächst im harmonischen Umfeld besprochen wird und verhältnismäßig einfach durchzuführen ist, müssen diese Mechanismen in immer schwierigeren Situationen (= Stresssituationen) geübt werden, bis sie dann in den Alltag integriert werden können.

Wichtig ist auch hier, dass neu erlernte Verhaltensweisen, bzw. die Mechanismen der verhaltenstherapeutischen Richtungen auch zu Hause angewendet werden. Dies hat



zur Folge, dass auch Eltern in die therapeutischen Maßnahmen eingewiesen werden (Elterntraining), so dass sie als „Coach“ ihrer Kinder zum einen die Notwendigkeit der konsequenten Einhaltung der einzelnen Maßnahmen erkennen und zum anderen auch dazu in der Lage sind, ihren Kindern durch Bewusstmachung beim Durchhalten (Selbstmanagement) zu unterstützen, damit sie lernen Eigenverantwortung zu übernehmen.

Ähnlich wie im Bereich der tiefenpsychologischen Behandlung ist auch hier für den Erfolg einer Therapie die Vertrauensbasis zwischen Therapeut und Kind von zentraler Bedeutung, Es muss auch eine innere Bereitschaft vorhanden sein, gewohnten Verhaltensweisen aktiv entgegen zu steuern und damit gewisse (Um-) Lernprozesse zu durchlaufen. Dies setzt sensible und kindzentrierte Gespräche über die Ausgangslage voraus, wobei in jedem Fall vermieden werden muss, dass das Kind sich durch diese Abweichungen minderwertig fühlt. Machen Sie Ihrem Kind bewusst, dass es etwas ganz Besonderes ist, dass niemand perfekt sein kann und belegen sie dies mit individuellen Beispielen. Heben Sie Dinge hervor, die es ganz besonders gut kann und erklären Sie ihm, dass ihm geholfen werden soll, schwer fallende Dinge besser zu bewältigen.

Folgende **Techniken / Methoden der Verhaltenstherapie** lassen sich bei der Therapie des ADS unterscheiden:

4. Das operante Konditionieren
5. Das Problemlösetraining
6. Das Selbstmanagement
7. Das Sozialkompetenz – Training
8. Verschiedene Entspannungsmethoden

- ***Das operante Konditionieren:***

Die Theorie des operanten Konditionierens basiert auf der Auffassung, dass sich Verhaltensweisen aufgrund von Verstärkungsmechanismen einschleifen oder abgestellt werden, wobei die jeweilige Verstärkung in direktem Bezug zum Verhalten stattfinden



muss. Vereinfacht gesagt: Verhalten, das direkt z.B. in Form von Lob beantwortet wird, tritt wieder ein. Dies versteht man unter **Positiver Verstärkung**.

Beispielartig sei hier das „Token – System“ erwähnt. Der Begriff „token“ steht exemplarisch für einen Gegenstand mit dem das Kind etwas Positives verbindet. Im Rahmen der Therapie können das Münzen oder Plastikchips etc. sein, die gesammelt werden und bei Erreichen einer gewissen Anzahl – gegen einen Wunschgegenstand des Patienten eingetauscht werden. Das Token – System basiert daher auf dem Prinzip der positiven Verstärkung und zielt darauf ab, gemeinsam mit dem Patienten besprochene positive Verhaltensmechanismen statt altbewährter negativer Verhaltensweisen vermehrt zum Einsatz kommen zu lassen. Immer dann, wenn das gewünschte Verhalten entsprechend gezeigt wird, wird der Patient mit einem Token belohnt. Während das Training zunächst im Schonraum der Therapie stattfindet, soll es schrittweise in den Alltag integriert werden. Dabei spielt die Integration der Eltern und anderer an der Erziehung beteiligter Personen eine große Rolle, da das Token – System umso erfolgsversprechender ist, je häufiger und ganzheitlicher es zum Einsatz kommt. Ferner ist es auch für das Kind wichtig zu erkennen, dass Therapeut und Eltern auf die gleichen Verhaltensweisen Wert legen.

Nun kann allerdings auch ein positives Verhalten mit der Beendigung eines negativen Zustandes (**negative Verstärkung**) beantwortet werden. Sie würde z.B. dann stattfinden, wenn bei positivem Verhalten eines Kindes eine Bestrafung aufgehoben wird. Bestrafung stellt dabei niemals körperliche Züchtigung, beispielsweise in Form von Schlägen, etc. dar.

Darüber hinaus unterscheidet man **die Bestrafung Typ I**, die **Bestrafung Typ II** und **die Löschung**. Eine Bestrafung vom Typ I liegt vor, wenn eine Verhaltensweise mit einer Bestrafung beantwortet wird. In Konsequenz des kindlichen Verhaltens erfolgt etwas, das das Kind als unangenehm empfindet. Hingegen impliziert die Bestrafung vom Typ II, dass nach einer gezeigten Reaktion etwas Positives entzogen wird (z.B. Verbot am Nachmittag Fußball zu spielen, ...), während das Verhalten im Rahmen der Löschung gänzlich unbeantwortet bleibt (keine Reaktion, Ignoranz).



Ziel des operanten Konditionierens ist es, eine Verhaltensänderung beispielsweise mittels der oben beschriebenen Maßnahmen zu bewirken.

Im Hinblick auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom findet vor allen Dingen die positive Verstärkung ihren Einsatz, wobei die Verstärker in der Regel sozialer oder materieller Natur sind. Dies hat zur Folge, dass einem Kind Positives im Sinne eines angenehmen Erlebnisses (sozial) oder eines kleinen Geschenkes (materiell) widerfährt. Eine Verhaltensänderung im Sinne eines operanten Verfahrens soll bewirken, dass ADS – symptomatisches Verhalten durch alternative konforme Verhaltensmöglichkeiten bewusst ausgetauscht wird, da auf die eigenen Verhaltensweisen etwas erfolgt was das Kind als positiv empfindet.

- ***Problemlösetraining***

Das Problemlösetraining beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Vermittlung effektiver Strategien zur Bewältigung und Lösung bestimmter alltäglicher Probleme. Psychische Symptome, die sich aufgrund der persönlichen Probleme entwickelt haben, sollen gelindert werden und nach Möglichkeit gänzlich verschwinden. Dabei spielt primär die Stärkung des Selbstbewusstseins eine Rolle, die durch das Erkennen und Bewerten von Problemen sowie das Finden von Lösungsstrategien erreicht werden soll. Das Ziel ist dann erreicht, wenn Probleme auch im Alltag mittels erlernter Strategien gelöst werden können, der Transfer von Therapie in den Alltag hinein gelingt.

Beispielartig soll an dieser Stelle auf die Problemlösestrategie nach Goldfried und Dzurilla aus dem Jahre 1971 eingegangen werden. Dieses Metamodell unterlag zahlreichen Abänderungen, Ergänzungen und Spezifizierungen im Hinblick auf unterschiedliche Praxisfelder, es beschreibt aber sehr genau, welche Schritte notwendig sind, um erfolgreich ein Problemlösetraining bewältigen zu können.



Es umfasst folgende Schritte:

1. Allgemeine (generelle) Orientierung (Information und Vorbereitung)
2. Problemanalyse: Definieren und Beschreiben des Problems
3. Erstellen alternativer Handlungsstrategien und Lösungswege
4. Entscheiden für eine alternative Handlungsstrategie und Planung der Ausführung
5. Durchführen, überprüfen und bewerten der gewählten Strategie
6. Transferplanung (Wie schaffe ich es, das Erlernte im Alltag anzuwenden?)
7. Transfer in den Alltag hinein

Neuere Problemlösemodelle können in mehrere Schritte unterteilt werden und spezifisch ausgerichtet sein. Ein Problemlösetraining ist stets als Hilfe zur Selbsthilfe angedacht, d.h. es soll in besonderer Weise die Fähigkeit fördern, Probleme zu erkennen und eigenständig zu lösen indem alternative Handlungsweisen entwickelt und kontrolliert werden. Dies erfordert vor allen Dingen die Fähigkeit, richtige Verhaltensweisen abwägen und einschätzen zu können.

Bezogen auf das ADS lässt sich ein Problemlösetraining insbesondere auch im Hinblick auf die Begleiterscheinungen anwenden. Dabei stellen Probleme im Zeitmanagement aber auch soziale Ängste und Kritikfähigkeit mögliche Behandlungsfelder dar.

Primär unterscheidet sich ein psychotherapeutisches Problemlösen nicht von Problemlösemechanismen anderer Lebensbereiche (Beruf, Privatleben, Hobby, ...), sodass man sich mit den Strategien recht schnell identifizieren kann.

- ***Selbstmanagement***

Die Selbstmanagement – Therapie wurde von Frederick Kanfer als ein Verfahren der Verhaltenstherapie entwickelt. Das Selbstmanagementtraining zielt primär darauf ab, im Kind die Bereitschaft zu wecken an auftretenden Problemen etwas verändern zu **wollen**.



Diese Therapieform versucht, Kinder zunächst spielerisch dazu zu bringen negative Verhaltensweisen, die ihnen aus dem Alltag bekannt sind und immer wieder Konflikte mit sich bringen, zu ändern.

Dabei erlernen die Patienten sich selbst zu beobachten, fehlerhaftes Verhalten zu entdecken sowie bessere Verhaltensweisen zu finden und mittels der Selbstinstruktionstechnik (= Fähigkeit, sich selbst etwas zu sagen, in gewisser Weise zu „befehlen“) zu verändern. Diese Fähigkeiten setzen ein hohes Maß an Selbstmotivation, Ausdauer und vor allen Dingen Frustrationstoleranz (= die Fähigkeit, Negatives einstecken zu können) voraus, da insbesondere zu Beginn viele Negativerlebnisse verarbeitet werden müssen.

Eine Vorstufe des Selbstmanagements kann das Coaching und insbesondere auch die Hilfestellung durch die (instruierten und eingewiesenen) Eltern sein. Sie unterstützen die Kinder in schwierigen Situationen und helfen geduldig dabei die Mechanismen des Selbstmanagements zu festigen. Dies bedeutet: Alle Dinge, die irgendwann durch den Patienten „selbst“ durchgeführt werden sollen werden – ähnlich einer Hilfestellung beim Geräteturnen – anfänglich begleitet. Dies ist insbesondere bei jüngeren Patienten von enormer Bedeutung.

Mit steigendem Alter werden dann Strategien erarbeitet, die es den ADS - Patienten ermöglichen, sich selbst zu beobachten, Die Selbstinstruktionstechnik setzt die Fähigkeit voraus, sich selbst so gut zu kennen und einzuschätzen, dass “eigene Befehle” zur Veränderung der eingeschliffenen Verhaltensweisen führen. Wenn... dann - Schemata werden erarbeitet und besprochen und somit werden Konsequenzen auf negative Verhaltensweisen einsehbar: **Wenn** ich mich nicht mit Freunden treffe, **dann** werden sie auch nicht zu mir kommen. **Wenn** ich im Unterricht nicht aufmerksam bin, **dann** weiß ich nicht, wie ich die Hausaufgaben erledigen soll.

Hier wird auch deutlich, dass auch im häuslichen Umfeld generell eindeutige Regeln und Konsequenzen formuliert und eingehalten werden. Ebenso ist die positive Verstärkung bei erfolgreichem Selbstmanagement wichtig.



Die Idealform ist dann erreicht, wenn der Patient gelernt hat, seine Stärken und Schwächen einzuschätzen und mit ihnen klar zu kommen. Nur dann ist es ihm möglich, sein eigenes Verhalten einzuschätzen und in gewisser Weise vorherzusehen. "Gefahrensituationen" können als solche früh- und rechtzeitig erkannt und - im Idealfall durch die Fähigkeit des Selbstmanagements abgefangen werden.

- **Sozialkompetenz – Training (TSK)**

Der Begriff TSK steht für Training sozialer Kompetenzen und zielt darauf ab, im Rahmen einer Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie beispielsweise soziale Ängste (= Ängste im Umgang mit anderen Menschen) und Phobien (= unbegründete Ängste bezogen auf Situationen, Gegenstände, etc.), Depressionen oder Ähnliches zu therapieren, indem der Umgang mit anderen Personen in für das Kind schwierigen Situationen geübt wird.

Mit dem Üben alleine ist es allerdings nicht getan, denn zunächst müssen die individuellen Problemsituationen erkannt und analysiert werden. Dies geschieht in der Regel auf verschiedenen Ebenen. So ist es wichtig zu ermitteln, welche Gedanken und Gefühle den Patienten in einer entsprechenden Situation begleiten und wie er sich schließlich verhält. Innerhalb eines Rollenspiels, welches eine Problemsituation in möglichst vielen Aspekten aufgreifen soll, wird dann das Verhalten des Patienten im Hinblick auf Gestik, Mimik, Körpersprache etc. untersucht und analysiert.

Dieses Verhalten wird daraufhin besprochen, mögliche Verbesserungen eigenständig durch den Patienten vorgeschlagen und unterbreitet oder gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet. Dabei geht es darum, Mut zuzusprechen und bewusst zu machen, dass Veränderungen Zeit brauchen. Innerhalb verschiedener Trainingsabläufe werden dann veränderte („neue“) Verhaltensweisen erprobt und mit positivem Feedback belegt. Damit diese Verhaltensstrukturen sich festigen können, ist es auch hier wichtig, dass sie in der Realität erprobt werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist es daher auch hier besonders wichtig, das häusliche Umfeld in die Therapie zu integrieren.



- **Verschiedene Methoden zur Entspannung**

Entspannung als Gegenteil von Anspannung stellt einen körperlich und geistig stressfreien Zustand dar, der in der Regel als angenehm empfunden wird und dabei hilft, stressige Situationen zu verarbeiten. Dabei erscheint es wichtig, dass sich beide Zustände die Waage halten, das Leben also aus Phasen der Anspannung und Phasen der Entspannung besteht. Entspannung kann nur als besonders angenehm empfunden werden, wenn man auch Stress und Anspannung kennt.

Bezogen auf das ADS bleibt anzumerken, dass jene Kinder zum einen im alltäglichen Leben zum anderen aber auch insbesondere während der therapeutischen Maßnahmen unter enormer Anspannung, streckenweise auch unter einem enormen Druck stehen, denn es wird erwartet, dass sich die Symptomatik zum Positiven wandelt. Insbesondere nach einer erfolgreichen Therapiesitzung oder anderen anstrengenden Situationen ist es wichtig, dass das Kind Entspannungstechniken möglichst selbstständig anwenden und den körperlich und geistigen Entspannungszustand selbst hervorrufen kann.

- **Autogenes Training**

Johannes H. Schulz, ein deutscher Psychiater, entwickelte im Jahre 1932 die Entspannungsform des autogenen Trainings (AT). Anders als die meisten bis dahin bekannten Entspannungstechniken basiert das autogene Training auf keiner besonderen Religion oder Weltanschauung (siehe Yoga in seinen



Ursprüngen). Das autogene Training erhielt seinen Namen aus dem Griechischen. „Autos“ steht für „selbst“, „genos“ hingegen für entstehen. Und genau das ist es, was diese Entspannungstechnik vermitteln möchte: Sie ist – nach einer Einweisung in die



Vorgehensweise am besten durch einen ausgebildeten Lehrer – nahezu überall, jederzeit und in verschiedenen Varianten (in einer Gruppe, mit einem Partner, einzeln) durchführbar. Die einzige Voraussetzung ist es, einen Platz zu finden, der es ermöglicht für einige Zeit in Ruhe und Entspannung das autogene Training durchführen zu können. In einer entspannten Körperhaltung (liegend, sitzend, ...) versucht man schließlich sich in eine Entspannungssituation hineinzusetzen. Das autogene Training kann durch direkte Anweisungen eines Therapeuten oder eines Tonträgers unterstützt werden; es ist aber ebenso möglich, das vollständige Übungsprogramm ohne jegliche Unterstützung durchzuführen.

Das autogene Training beginnt in der Regel mit der Konzentration auf die Atmung, weitere Empfindungsstadien schließen an. Dieses sind:

- Das Empfinden von Ruhe (Ruheübung)
- Das Empfinden von Schwere (Schwereübung)
- Das Empfinden von Wärme (Wärmeübung)
- Die Bauchübung (Empfinden von Wärme im Bauch)
- Die Herzübung (Empfinden eines gleichmäßig ruhigen, harmonischen Herzschlages)
- Die Kopfübung (Empfinden eines kühlen und freien Kopfes)
- Die persönliche Wahrnehmung (Ich fühle mich ...)

Jedes autogene Training endet mit einer „Aufwachphase“, in der die Muskeln durch Rekeln gestreckt werden.

Es gibt zwei Schwierigkeitsstufen des autogenen Trainings. Beide Stufen bauen aufeinander auf, das heißt: die Oberstufe (Höchststufe) des autogenen Trainings setzt eine Beherrschung der ersten Stufe voraus. Während die erste Stufe (=Unterstufe) primär auf Entspannung abzielt, versucht man im Rahmen der Höchststufe mit Hilfe suggestiver Maßnahmen (= das Fühlen, Denken und Handeln beeinflussende Maßnahmen) eine Selbsterkenntnis zu bewirken.

Die Unterschiede liegen unter anderem auch darin, dass im Rahmen der Unterstufe gezielte Forderungen an den Trainierenden gerichtet werden, z.B.: durch einen



Therapeuten, einen Tonträger, etc., während im Rahmen der Oberstufe eher eine imaginäre, selbst instruierte „Reise“ stattfindet. Je früher die Technik des autogenen Trainings erlernt wird, desto leichter fällt es, die einzelnen Stadien (siehe oben) zu durchlaufen und eine entspannende Wirkung herbei zu führen. Insbesondere durch regelmäßige Anwendungen (beispielsweise täglich) kann Konzentrationsstörungen, Angstzuständen, Selbstzweifeln, Unsicherheit und negativem Stress entgegen gewirkt werden.

- **Progressive Muskelrelaxation / Muskelentspannung (PMR)**

Die progressive Muskelentspannung wird häufig in Kombination mit einer Verhaltenstherapie angewendet, kann aber durchaus auch selbstständig zu Hause durchgeführt werden. Entwickelt wurde diese Entspannungstherapie etwa zur gleichen Zeit wie das autogene Training durch den Amerikaner Jacobson, der herausfand, dass ein Zusammenhang zwischen muskulärer Verspannung und körperlichen, bzw. seelischen Erkrankungen besteht. Im Jahre 1929 veröffentlichte er erstmalig seine Muskelrelaxationstheorie, die im Laufe der Zeit vielfach verändert und vereinfacht wurde. Sie kann daher – ohne dass dabei wesentliche Vorkenntnisse erforderlich wären – von jedem eigenständig und somit jederzeit durchgeführt werden. Aus diesem Grund stellt die **progressiven Muskelentspannung (PME)** eine der am häufigsten durchgeführten Entspannungsmethoden der heutigen Zeit dar.

Die progressive Muskelentspannung basiert auf dem Ziel, durch muskuläre An- und Entspannung eine generelle körperliche und psychische Entspannung herbeiführen zu können. Während das autogene Training mehr auf der Vorstellung beruht, finden demnach im Rahmen der Muskelentspannung nach Jacobson gezielte und konkrete Muskelübungen / Muskelanspannungen statt.



- **Yoga**

Die Wurzeln des Yogas sind im Hinduismus und Buddhismus zu finden, wobei mittlerweile Menschen aller Religionen und Weltanschauungen auf dieses ganzheitliche Entspannungskonzept zurückgreifen. Ganzheitlich setzt sich hierbei das Zusammenwirken von Körper, Geist und Seele als Ziel, das durch wechselnde Phasen von Körperanspannung, Bewegungen, Atemübungen und Meditationsphasen erreicht werden soll.

Es gibt unterschiedliche Yoga – Richtungen, so genannte Yoga – Schulen, denen unterschiedliche Lehrmeinungen zugrunde liegen. Yoga kann in unserer Zeit unabhängig von Religion und Weltanschauung durchgeführt werden, sodass alle grundgelegten Regeln und Auffassung keinen verpflichtenden Charakter besitzen. Unterschieden wird in der Regel nur noch zwischen einer eher meditativen und einer körperbezogenen Richtung. In Deutschland weit verbreitet ist das so genannte Hatha – Yoga, welches eine eher auf den Körper bezogene Variante darstellt.

Ähnlich wie andere Entspannungsmechanismen soll sich auch Yoga positiv auf Körper, Geist und Seele auswirken und somit zur Verbesserung diverser Krankheitsbilder sorgen. Ob dies erreicht werden kann, muss im Einzelfall betrachtet werden. Yoga besitzt aber – ebenso wie andere Entspannungsmethoden – im Normalfall eine beruhigende Wirkung, die Stresssymptomen vorbeugen und entgegenwirken kann. Im Hinblick auf das ADS kann es darüber hinaus eine innere Ruhe und Ausgeglichenheit vermitteln, die sich positiv auf den eigenen Körper aber auch auf die Beziehung zur Umgebung (= soziale Komponente) auswirken kann.

- **Systemische Therapieformen**

Eine weitere therapeutische Behandlungsform stellt die systemische Therapie dar, die sich in den 50er Jahren allmählich entwickelte und immer dann eingesetzt werden kann, wenn Probleme in menschlichen Beziehungen auftreten. Systemische Therapien können somit bei Problemen mit anderen Menschen (Freunde, Kollegen ...)



angewendet und – je nach Bedarfsfall – als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie organisiert werden.

❖ **Systemische Familientherapie**

Die systemische Familientherapie stellt eine Variante der systemischen Therapie dar, die neben psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen versucht, Problemfelder zu durchleuchten und – therapiespezifisch zu lösen. Sie impliziert die Einbindung der gesamten Familie, bzw. einzelner Familienmitglieder je nachdem ob zwischen einzelnen Familienmitgliedern Probleme auftreten oder die Familie als Ganzes unter Problemen leidet.

Von anderen Therapieformen unterscheidet sich die systemische Familientherapie in der Sichtweise der Situation. So werden die Symptome des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom hier nicht primär als Erkrankung eines Patienten anerkannt, sondern **als Folge** seiner Rolle innerhalb der Familie.

Systemische Familientherapien versuchen demnach, das Selbstwertgefühl des Kindes, aber auch aller Beteiligten aufzubauen und somit die Kommunikation und den Zusammenhalt innerhalb der Familie wieder zu stärken und zu festigen. In der Regel erfordert dies ein Überdenken alter Strukturen, Verhaltens- und Beziehungsmuster mittels unterschiedlicher systemischer Methoden. Das Ziel einer Familientherapie besteht darin, eingeschliffene Verhaltensmuster aufzugreifen und gegebenenfalls umzugestalten, so dass eine Verbesserung der zwischenfamiliären Beziehungen, also eine Verbesserung der Beziehungen untereinander, erreicht werden kann. Anders als in bereits beschriebenen Therapieformen stellt die systemische Familientherapie somit eine eher lösungsorientierte Behandlungsform dar.

Ein wichtiges therapeutisches Instrument stellen dabei die so genannten systemischen Fragen, insbesondere die so genannten „zirkulären Fragen“, dar. Darunter versteht man Fragen, die vom Therapeuten an Therapiemitglieder gestellt werden und verdeutlichen sollen, wie ein Familienmitglied die in der Familie üblichen Verhaltensstrukturen, Denkmuster und Einstellungen einschätzt.



Ein Beispiel hierfür wäre: „Was glauben Sie denkt Ihr Sohn, wenn er mitbekommt, wenn seine Eltern aufgrund seiner Verhaltensweisen streiten?“

Sie ermöglichen, sich in die **Lage und Denkweise** anderer hineinzusetzen und zu hinterfragen. Die Therapie zielt darauf ab, durch die neuen Erkenntnisse Hilfestellungen zu geben, damit Schwierigkeiten und Probleme behoben werden können.

Systemische Fragen stellen allerdings nur eine Möglichkeit von vielen dar. Für das Erfassen der Beziehungsmuster einer Familie untereinander können im Rahmen der ADS – Therapie unter Umständen die so genannten „Familienskulpturen“ hilfreich sein, die gleichzeitig die erlebnisintensivste Variante der systemischen Familientherapie darstellen.

Dabei werden die (bzw. einzelne) Therapieteilnehmer dazu aufgefordert, die Familie oder typische Situationen innerhalb der Familie mit Puppen, anderen Materialien o.ä. darzustellen. Aus der erstellten Skulptur versucht man schließlich das Familiensystem einzugliedern, Rollenzuweisungen sowie Gefühle, Gedanken und Einstellungen abzuleiten.

Egal welche Methoden im Rahmen der systemischen Therapie zum Einsatz kommen. Es ist wichtig darauf zu achten, dass zu heftige emotionale Reaktionen bei der Darstellung typischer Verhaltensweisen eines Familienmitgliedes oder gar ein Bloßstellen anderer vermieden wird. Auf der anderen Seite müssen aber auch unangenehme Aspekte angesprochen werden. Der Therapeut muss also in besonderer Weise auf eine ausgeglichene Stimmungslage achten und sensibel handeln, was nicht immer leicht fällt.

Systemische Familientherapien werden in der Regel nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, auch private Krankenkassen zahlen nur im Einzelfall. Eine mögliche Kostenübernahme sollte im Vorfeld abgeklärt werden. Unter Umständen können die anfallenden Kosten durch das Jugendamt übernommen werden. Hierfür ist allerdings das Stellen eines Antrages erforderlich.



3.3. Heilpädagogische Therapieformen

Die Heilpädagogik stellt einen Teilbereich der Pädagogik dar. Die heilpädagogischen Therapieformen werden immer dann angewendet, wenn die pädagogische und erzieherische Ausgangslage erschwert ist, pädagogische Ansätze sozusagen an ihre Grenzen geraten. Die Heilpädagogik versucht, durch ihre verschiedenen Ansätze, erschwerte Bedingungen mit unterschiedlichen Maßnahmen zu kompensieren und strebt, wie im Bereich des Aufmerksamkeits – Defizit – Syndroms das Erreichen eines gewissen „Normalzustandes“ an.

➤ **Bewegungstherapie**

Ausgehend von der Überlegung, dass durch Aktivität passives Verhalten überwunden und ebenso Freude und Anreize geweckt werden können, versucht man im Rahmen der Bewegungstherapie eben dies umzusetzen.

Die auf psychomotorischen Grundlagen basierende Bewegungstherapie zielt darauf ab, durch ein breit gestecktes Bewegungsangebot (z.B. durch balancieren, hüpfen, laufen, schwingen, rutschen, ...) den Körper in unterschiedlichen Situationen zu erfahren und zu schulen. Einige Übungen können die Kinder auf Anhieb gut umsetzen, andere werden erst durch fortwährende Übung immer sicherer beherrscht. Durch beide Faktoren fühlt sich das Kind in seinem Tun bestätigt und durch diese Bestätigung wird indirekt das Selbstvertrauen gestärkt.

❖ **Ergotherapie**

Der Begriff „Ergotherapie“ stammt vom griechischen Wort ergon (= tätig sein) ab und stellt eine Therapieform dar, die nicht auf ein Alter beschränkt ist und somit in vielen medizinischen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Geriatrie, der Neurologie, der



Orthopädie und der Rheumatologie, aber in besonderer Weise auch im Bereich der Psychologie und Pädiatrie (= Kinderheilkunde) eingesetzt werden kann.

Speziell im Bereich der Pädiatrie zielt die Ergotherapie darauf ab, Störungen der Sinnesorgane, der Motorik sowie der geistigen und psychischen Fähigkeiten eines Patienten soweit zu heilen, dass seine Selbstständigkeit im alltäglichen Leben als wiederhergestellt bezeichnet werden kann. Dabei können ergotherapeutische Behandlungsformen sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie stattfinden, was jeweils individuell entschieden werden muss.

Die Ergotherapie umfasst verschiedene Behandlungsverfahren, die – je nach individueller Ausgangslage – einen therapeutischen Schwerpunkt setzen und somit die individuellen Fähigkeiten fördern und Schwachstellen ausbilden.

Therapeutische Schwerpunkte können zum Beispiel sein:

- Die Förderung der sensorischen Integration (=Förderung der Sinneswahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung)
- Die Förderung der Selbstständigkeit (Selbstständigkeitstraining)
- Die Förderung der Psychomotorik (Förderung des Zusammenspiels aus Bewegung, Gestik, Mimik, Körpersprache, ...) zur Verbesserung der Bewegungsabläufe, der Koordination und Tonusregulation (= Regulation des Spannungszustandes der Muskeln)
- Die Förderung der Fein- und Graphomotorik (= Schreibmotorik)
- Die Förderung der Kommunikationsfähigkeit
- Die Förderung der Konzentration und Ausdauer, insbesondere bei kognitiven Leistungen
- ...

Um therapeutische Schwerpunkte setzen zu können, muss der individuelle Entwicklungsstand des Kindes ermittelt werden. Dies geschieht im Rahmen einer ergotherapeutischen Bestandserhebung (= Befundung), die neben dem Elterngespräch, auch die schulische Situation (Schulleistungen), bzw. die Situation im Kindergarten berücksichtigt und schließlich im Rahmen spezifischer Überprüfungsverfahren sowohl



den sozio – emotionalen als auch den sensomotorischen sowie den perzeptiven und geistigen Entwicklungsstand eines Kindes ermittelt. Zur ergotherapeutischen Behandlung des ADS stehen verschiedene Therapie- und Trainingsprogramme zur Verfügung, die – je nach individueller Ausgangslage – zusammengesetzt werden können. Ergotherapie soll Spaß machen und zu Erfolgserlebnissen führen. Durch die Verbesserung des Selbstwertgefühls wird die Motivation gesteigert, die wiederum die Hirnaktivität steigert und somit die Leistungsbereitschaft und die Erfolgswahrscheinlichkeit erhöht.

Im Bereich der ergotherapeutischen Behandlung von ADS stellt die sensorische Integrationstherapie nach Ayre neben anderen Konzepten eine mögliche Behandlungsform dar. Ayre erfasst den Zusammenhang zwischen unzureichender Wahrnehmung der von außen auf das Kind eintreffenden Sinnesreizen und der Verhaltensantwort des Kindes. Demzufolge steht die mangelhafte Sinnesreizverarbeitung des Kindes im Zentrum der Therapie.

Gerade aufmerksamkeitsdefizitäre Kinder haben Probleme, Reize im Hinblick auf „wichtig“ bzw. „unwichtig“ zu filtern. Diese Schwierigkeiten stellen nach der Ayreschen Integrationstherapie Probleme in der sensorische Integration dar, da die eintreffenden Reize nicht kompetent verarbeitet werden und somit keine entsprechend passende Reaktion erfolgen kann. Im Rahmen dieser Therapie wird demnach versucht, durch gezielte Reize die Reaktionsfähig- und -fertigkeiten des Kindes zu verbessern.

Bei allen therapeutischen Konzepten spielt die Integration der Eltern eine wichtige Rolle. Neben der ausführlichen Darstellung der individuellen Problembereiche werden auch Therapieinhalte dargelegt um auch im häuslichen Bereich unterstützend wirken zu können.



➤ **Therapie mit Tieren**

Im Rahmen der Therapie mit Tieren, die insbesondere auf die Stärkung des Selbstbewusstseins und die Verlängerung von Konzentrationsphasen abzielt, wird das Kind mit einem speziell ausgebildeten Tier (z.B. Hund) in Verbindung gebracht.

Die Therapie mit Tieren basiert auf der Annahme, dass durch die Wahrnehmung der Gefühle und Bedürfnisse des Tieres diese Erkenntnisse in einem späteren Schritt auch auf Personen (sich selbst, Familienmitglieder, Freunde, ...) übertragen werden können. Die Stärkung und Verbesserung der sozialen Komponente stellt demnach einen weiteren und sehr wichtigen Aspekt dar.

Während in anderen Therapieformen in der Regel das Kind als Patient mit seinen spezifischen Problemen im Vordergrund steht, rückt das Tier mit seinen artspezifischen und individuellen Bedürfnissen an die Stelle des zentralen Interesses. Sie interessieren sich nicht für die Probleme des Kindes und nehmen es so an, wie es vor ihnen steht – mit all seinen Stärken und Schwächen. Dies schafft Vertrauen und Sympathie, die Basis einer echten Freundschaft.

Die Kinder lernen Regeln kennen, die wichtig sind, damit es dem Tier gut geht. Sie lernen auch, dass man sich an diese Regeln zu halten hat, wenn man die enge Beziehung zum Tier nicht gefährden möchte.

Mögliche Begleiteffekte, die im Rahmen einer Therapie mit Tieren erreicht werden können sind – neben den bereits erwähnten Effekten – insbesondere die Förderung der Sinneswahrnehmungen, die unter anderem auch dazu führt, sich selbst und die eigenen Gefühle wahrzunehmen. Durch die Interaktion mit dem Tier wird somit in besonderer Weise die emotionale und soziale Intelligenz gefördert. Übernahme von Verantwortungsbewusstsein, Kooperationsfähigkeit, Rückstellung eigener Bedürfnisse und das Erleben der eigenen Wirksamkeit (Tier reagiert auf „meine“ Anweisungen, ...) sind nur einige passende Schlagworte.

Im Hinblick auf die Therapie mit Tieren sei noch angemerkt, dass es sich hierbei nicht um das Phänomen: „Kind bekommt ein Haustier“ handelt. Es handelt sich hierbei



vielmehr um eine Therapieform, die mit einem speziell ausgebildeten Therapeuten und einem speziell ausgebildeten Tier stattfindet. Die Vorgehensweise im Rahmen der Durchführung der Therapie kann dabei unterschiedlich sein. Der Therapeut begleitet – entweder durch seine Anwesenheit im Raum oder durch eine Videokamera außerhalb des Raums – die Interaktion des Kindes mit dem Tier. So kann die Interaktion gelenkt werden ohne dass der Patient dies als Lenkung erfährt. Der erste Erfolg der Therapie ist dann gegeben, wenn das Kind die gemeinsamen Stunden mit dem Tier nicht als Therapie sondern als Bereicherung empfindet.

➤ **Therapeutisches Reiten**

Das therapeutische Reiten stellt eine Spezialform der Therapie mit Tieren dar und gliedert sich als Überbegriff in drei Teilbereiche:

1. Die Hippotherapie
2. Das heilpädagogische Reiten / Voltigieren
3. Das Reiten als Sport für behinderte Menschen

Insbesondere das heilpädagogische Reiten und Voltigieren stellt einen ganzheitlichen Ansatz mit dem Ziel einer körperlichen, sozialen und geistigen Förderung dar und ist demnach als eine mögliche Therapieform im Hinblick auf das ADS zu bezeichnen. Sowohl das Pferd als auch der Therapeut sollten eine Zusatzausbildung erhalten haben um die körperliche, geistige, seelische und soziale Heilwirkung erfüllen zu können.

Ebenso wie im Rahmen der Therapie mit Tieren soll das heilpädagogische Reiten und Voltigieren die Wahrnehmung und Selbsteinschätzungsfähigkeit fördern und darüber hinaus die Konzentration und Leistungsfähigkeit steigern. Durch das gesteigerte Selbstwertgefühl fällt es dem Patienten dann leichter, mit Angstgefühlen und Konflikten umzugehen. Das positive Gefühl und das Verständnis für die Bedürfnisse des Pferdes lehren, Verantwortung zu übernehmen und zu erkennen, dass das positive Gefühl, welches durch das Pferd vermittelt wird, auch an gewisse Pflichten und Regeln gebunden ist. Ziel ist es dann, diese Gefühle und erlernten Fähigkeiten auf das soziale



Gefüge zwischen Menschen zu übertragen und somit eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten zu erreichen. Darüber hinaus wirkt sich diese Form des therapeutischen Reitens natürlich auch auf körperlicher Ebene aus, indem es die Koordination der Bewegungsabläufe und das Gleichgewicht schult und somit eine Verbesserung der grob- und feinmotorischen Bewegungsabläufe herbeiführen kann.

3.4. Alternative Behandlungsformen

An dieser Stelle werden weitere Behandlungsmöglichkeiten des ADS dargestellt, die therapeutisch integriert werden und im Einzelfall im Rahmen der multimodalen Therapie erfolgsversprechend sein können.

➤ Homöopathie

Die Homöopathie stellt eine von Samuel Hahnemann im 19. Jahrhundert begründete alternative Therapiemaßnahme dar, welche das Ziel verfolgt, die Selbstheilungskräfte des Körpers durch niedrig dosierte pflanzliche und mineralische Stoffe zu aktivieren.

Da in der Homöopathie immer der Mensch als Ganzes, also in Kombination mit all seinen Symptomen gesehen wird, ist es – im Sinne der homöopathischen Denkweise – nicht möglich an dieser Stelle ein Präparat vorzustellen, welches bei allen Patienten in gleicher Weise die Symptome des ADS lindert. Vielmehr strebt die homöopathische Therapie eine Regulation und Harmonisierung körpereigener Funktionen an.

Nur dann, wenn die Gesamtheit aller Symptome erkannt und entsprechend gedeutet wurde, kann das Ziel angegangen werden, ein geeignetes und passendes homöopathisches Mittel zu finden. Zur Analyse der Allgemeinsymptome zählen das Hinterfragen gewisser Vorlieben und Abneigungen, sowie das Abklären von Vorerkrankungen bzw. bestehenden Allergien. Darüber sind auch Aussagen im Hinblick auf das allgemeine Verhalten, insbesondere des Sozialverhaltens von großer Bedeutung.



Sobald wichtige Aspekte erfasst wurden, werden die Symptome geordnet und ausgewertet. Schließlich erfolgt die entsprechende Zuweisung entsprechender homöopathischer Mittel in entsprechender Stärke (= Potenz) nach dem Grundsatz „Ähnliches soll durch Ähnliches“ geheilt werden. Dies hat zur Folge, dass ein in Frage kommendes Medikament bei einem gesunden Menschen zunächst die Symptome des Patienten hervorgerufen haben muss (Prinzip der Ähnlichkeit). Nur dann kommt es therapeutisch in „potenzierter“ Variante in Frage. Das Potenzieren ruft in der Homöopathie eine verstärkte Wirkung der Substanz hervor, wobei dies einer Verdünnung im eigentlichen Sinne gleichzusetzen ist.

Ähnlich wie im Rahmen der schulmedizinischen Therapie erfolgt auch hier nach Verordnung und Gabe der Mittel eine Verlaufsbeobachtung um die Behandlung zu bewerten und gegebenenfalls zu optimieren. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn sich zusätzlich andere Symptome zeigen oder sich die erfasste Allgemeinsymptomatik nicht verbessert. Auch im Rahmen der homöopathischen Therapie ist ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Kind, Eltern und Homöopath von besonderer Bedeutung.

Wie im Rahmen der Schulmedizin sollte auch diese Therapieform nicht einseitig durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass die homöopathische Therapie nur ein Baustein im therapeutischen Gesamtwerk darstellen sollte. Kombinationen mit anderen hier vorgestellten Therapieformen sind demnach in der Regel notwendig. Auch die Kombination von schulmedizinischer und homöopathischer Therapie ist denkbar.

Ob und inwiefern die homöopathische Therapie anschlägt, kann nur individuell beurteilt werden.

➤ **Neurofeedback / EEG – Biofeedback**

Die Neurofeedback – Therapie, auch EEG – Biofeedback oder Biofeedback – Therapie genannt, beschreibt eine in Deutschland recht neue Form der Behandlung diverser Krankheitsbilder, darunter auch des ADS.



Die Begriffe weisen bereits darauf hin, dass die Therapieform eng mit der Erstellung eines EEG (= Elektro – Encephalogramm) in Verbindung steht. Mittels EEG werden nebenwirkungsfrei Potentialschwankungen im Gehirn mittels Elektroden gemessen, die auf der Kopfhaut angebracht wurden. Genau an dieser Stelle setzt die Neurofeedback – Therapie an.

Mittels Sensoren und bestimmter Verstärkungsmechanismen werden hierbei unbewusst ablaufende Körperfunktionen auf einem Bildschirm visualisiert (= sichtbar) und / oder akustisch (= hörbar) dargestellt. Sowohl die visuelle als auch die akustische Darstellung unterliegen gewissen Veränderungsmöglichkeiten, können also farblich nuanciert oder in unterschiedlichen Tonhöhen dargestellt werden.

So wird eine Stresssituation beispielsweise durch einen hohen Ton präsentiert. Möchte man nun den Stress reduzieren, konzentriert man sich darauf, den Ton tiefer werden zu lassen. Durch unseren Willen und die Fokussierung der Gedanken auf die Stressreduktion beeinflusst, kann der Ton reguliert, Entspannungszustände erlernt und somit willentlich kontrolliert und hergestellt werden. Dies soll umso schneller funktionieren, je mehr Übung und Training diesbezüglich stattgefunden hat.

Mittlerweile gibt es diverse Computerspiele und Animationen, die auf spielerische Art versuchen, das Neurofeedback auch zur Therapie bei Kindern nutzbar zu machen und somit auch hier auf die im Gehirn ablaufenden Prozesse und die individuelle Anpassung der Hirnströme Einfluss zu nehmen. Gelernt wird dabei, das Gehirn bewusst zu aktivieren und zu deaktivieren, indem sie lernen, an individuell aufregende und langweilige Geschehnisse zu denken. Dabei befindet sich der Trainer in der Regel in einem anderen Raum, ist aber über Mikrofon mit dem Patienten verbunden und kann direkte Anweisungen geben. Das gute Absolvieren des Trainings kann zusätzlich durch das Token-System (Ansammeln von Belohnungspunkten zum späteren Einlösen gegen einen Wunschgegenstand) verstärkt werden. Im Anschluss an das Training mit dem Computer wird in einem Gespräch die mögliche Umsetzung im Alltag festgelegt. Bewährt hat sich dabei, dass vor jeder Konzentrationsphase (vor Klassenarbeiten, Hausaufgaben, ...) die Situation des Computerspiels vorgestellt wird und in einer Probephase imaginär versucht wird, das Gehirn entsprechend der Trainingssituation zu aktivieren und zu deaktivieren. Es gibt Therapeuten, die hier mit einem so genannten



„Spicker“ arbeiten, den Patienten also ein Bild des Computerspiels mitliefern, welches ihnen dabei helfen soll, die Umsetzung im Alltag zu vollziehen.

Im Hinblick auf das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom verspricht man sich durch das Neurofeedback –Training eine Stärkung der Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit zur Konzentration auf das Wesentliche. Auch die Möglichkeit zur Entspannung und Stressreduktion ist ein wesentlicher Faktor, der im Rahmen dieser Therapieform, die teilweise auch im Rahmen der Verhaltenstherapie zum Einsatz kommt, greifen kann.

Bisher konnten damit gute Erfolge erzielt werden, vor allen Dingen sind keine Nebenwirkungen bekannt.

➤ **Ernährungstherapeutische Maßnahmen**

❖ **Ernährungstherapie**

Als Bestandteil der klassischen Naturheilkunde geht die Ernährungstherapie davon aus, dass alle Stoffe, die wir im Laufe eines Tages zu uns nehmen, auf unseren Körper in spezifischer Weise wirken. Dabei geht es prinzipiell um eine ausgewogene, gesunde, durchaus aber auch schmackhafte Ernährung innerhalb eines therapeutischen Gesamtkonzeptes, in der die pflanzliche Kost einen wichtigen Bestandteil einnimmt.

Die Ernährungstherapie geht von den individuellen Bedürfnissen aus, berücksichtigt demnach auch die Lebensumstände und bereits bestehende Therapieformen und gehört nicht nur deshalb in erfahrene Hände.

Eine Ernährungstherapie sollte nur in Zusammenarbeit mit einer Ernährungsberatung geplant und durchgeführt werden. Hier können individuelle Ratschläge hinsichtlich des Essverhaltens und der Reduktion diverser Risikofaktoren eingeholt werden.

Die Ernährungstherapie zielt bei ungünstigem Essverhalten und zu hohen Risikofaktoren auf die dauerhafte Umstellung der Ernährung ab.



❖ **Nährstofftherapie**

Die Nährstofftherapie, auch orthomolekulare Therapie genannt, basiert auf Untersuchungsergebnissen, die neben dem Botenstoffungleichgewicht im Gehirn bei ADS – Patienten überdurchschnittlich häufig ein Nährstoffdefizit nachwiesen. Sie stellt ein individuelles, ganzheitliches Konzept dar und basiert auf einer persönlichen Nährstoffstatuserhebung beispielsweise durch Blutuntersuchung, Urintests oder Haaranalysen.

Nachgewiesene Mängel beziehen sich hauptsächlich auf verschiedene ungesättigte Fettsäuren, darunter Omega – 3 – und Omega – 6 – Fettsäuren, auf Gamma – Linolensäure, die unabhängig davon wie viel Linolsäure (z.B. in Distel- und Sonnenöl) durch die Nahrung aufgenommen wird, dem Körper nur begrenzt zur Verfügung gestellt werden kann, sowie auf Zink und Magnesium, sowie bestimmte Vitamine und Mineralien.

➤ **Verschiedene Diätformen**

Wir weisen an dieser Stelle explizit darauf hin, dass jede nachfolgend genannte Therapie, nicht uneingeschränkt zu empfehlen ist. Sehr oft wird vor einer möglichen Mangelernährung, die große gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen kann, gewarnt. Die Wirksamkeit spezifischer Diätformen ist nicht immer gegeben, somit fraglich, bzw. oftmals nur von kurzer Dauer.

Von Ärzten und Wissenschaftlern wird bei vielen Diätformen das Fehlen einer so genannten Doppelblind – Placebo – Studie kritisiert, um sie als therapeutische Maßnahme guten Gewissens empfehlen zu können. Darunter versteht man eine Studie, in der weder die Testperson noch der behandelnde Arzt oder Therapeut wissen, ob er die vermeintlich wirksame Diät oder eine willkürliche Diät erhält. Lediglich der Studienleiter weiß dies und kann Rückschlüsse auf Verhaltensänderungen ziehen. Durch solche Studien möchte man eine eventuell unterschwellige und unbewusste positive oder negative Beeinflussung vermeiden.



Sie sollten niemals ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine Diät beginnen und auf gar keinen Fall abgesprochene therapeutische Maßnahmen eigenmächtig vernachlässigen oder gar beenden. Dies kann ihrem Kind oder Ihnen selbst nachhaltig schaden!

❖ **Oligo - Antigene - Diät (Diät nach Egger)**

Ausgehend von der ursächlichen Annahme, die ADS – typischen Symptome lägen in einer Lebensmittelallergie begründet, beschränkt sich die Diät nach Egger zu Diätbeginn prinzipiell auf den Verzehr eines Minimums an Lebensmitteln, die nur in seltenen Fällen Allergien auslösen. Diese Lebensmittel werden als **Basislebensmittel** bezeichnet und sind bei allen Patienten gleich. Eine Ursachenforschung im Hinblick auf individuell allergieauslösende Stoffe wird nicht betrieben. Stellt man im Rahmen des *Erprobungszeitraumes (ca. 2 bis 4 Wochen)* fest, dass die Basislebensmittel gut vertragen werden, sich sogar eine Symptomverbesserung zeigt, werden im Rahmen der so genannten *Provokationsphase* andere „kritischere“ Lebensmittel sukzessive in den Diätplan integriert. Werden die Basislebensmittel hingegen nicht gut vertragen, wird die Erprobungsphase der Diät beendet. Kommt es im Rahmen der Provokationsphase hingegen erneut zu einer Symptomverbesserung, wird die therapeutische Diät unter Einbezug weiterer „kritischer“ Lebensmittel fortgeführt, andernfalls wird die Diät komplett beendet.

Dass die Diät nach Egger bei einigen ADS – Patienten anschlägt, konnte im Rahmen einer Studie bestätigt werden. Darüber hinaus gelten Studienergebnisse bezüglich dieser Diätform als reproduzierbar und placebokontrolliert.

Eine ursächliche Klärung, weshalb die Diät nach Egger bei einigen ADS – Patienten zu wirken scheint, liegt derzeit allerdings nicht vor. Dies hat zur Folge, dass nicht pauschal beurteilt werden kann, ob die Diät im Einzelfall anschlägt. Durch die anfänglich sehr einseitige Ernährung muss vor einer eventuellen Mangelernährung gewarnt werden.



❖ **Diät nach Feingold**

Feingold war in den 50er Jahren als Allergologe tätig und stellte fest, dass sich diverse Symptome durch spezifische Diät, d.h. durch Weglassen bestimmter Nahrungsmittel, verbessern und sich darüber hinaus auch das Verhalten in positiver Weise beeinflussen lassen. Er setzte sich das Ziel zu erforschen, ob eine Verhaltensverbesserung durch eine spezifische Diät auch im Falle eines Aufmerksamkeits – Defizit – Syndromes erreicht werden kann.

Die Diät nach Feingold basiert auf dem Weglassen individuell allergieauslösender Stoffe, von Salicylat und Zucker sowie bestimmter Zusatzstoffe, wie beispielsweise Farb- und Konservierungsstoffe, sowie aller Aromazusätze. Tabu sind demnach Fertigprodukte, sowie Süßigkeiten jeder Art und Erfrischungsgetränke (Limo, Cola, ...) aber auch alle salicylathaltigen Nahrungsmittel, wie beispielsweise: Äpfel, Erdbeeren, Grapefruit, Gurken, Mandarinen, Mandeln, Melonen, Orangen, Pflaumen, Tomaten,

Auch hier reagierten einige Patienten mit positiven Verhaltensänderungen, wobei der Grund für das Anschlagen der Diät wissenschaftlich nicht begründet werden konnte.

❖ **Diät nach Hafer**

Diese Diätform basiert auf einer persönlichen Erfahrung, denn Frau Hafers Adoptivsohn litt unter dem Aufmerksamkeits – Defizit – *Hyperaktivitäts* – Syndrom. Sie stellte experimentell fest, dass ihr Sohn beim Verzehr von Babynahrung eine deutliche Verbesserung der Symptome zeigte, während beispielsweise phosphathaltige Nahrung zu einer Verschlechterung führte.

Aus ihren Erfahrungen abgeleitet besteht die Hafer – Diät aus einer Vermeidung von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und von Nahrungsmitteln mit Zusatzstoffen (Fertigprodukte, etc.). Auch Nahrungsmittel mit Phosphatanteilen müssen deutlich reduziert werden. Ähnlich wie die Diät nach Feingold sieht auch die Hafer – Diät eine Vermeidung von Nahrungsmitteln vor, auf die der Mensch individuell allergisch reagiert.



Ebenso wie in der Diät nach Egger oder Feingold gibt es auch hier positive Beispiele, d.h. es finden sich Patienten mit einer deutlichen Symptomverbesserung genauso wie Patienten, die auf diese Form der Therapie nicht ansprechen.

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass – sowohl bei der Hafer – Diät als auch bei der Feingold – Diät trotz aller Auslassungen eine in gewisser Weise ausgewogene Ernährung noch möglich ist. Bei der Diät nach Egger ist durch den hohen Anteil der Auslassungen und die Konzentration auf die Basislebensmittel ein Nährstoffdefizit wahrscheinlicher als in den beiden anderen beschriebenen Diätformen. Eine ausgewogene Ernährung ist hier zwar möglich, aber deutlich schwieriger zu gestalten.

3.5. Umstrittene Therapieformen

➤ AFA – Algentherapie

Es handelt sich bei der AFA – Algentherapie um eine zusätzliche Gabe von Präparaten, die in konzentrierter Form Bestandteile der Blaualge aus dem amerikanischen Klamath - See in Oregon enthalten.

Mittlerweile existieren Studien, insbesondere amerikanische Studien, die vor der Einnahme der Afa – Alge **warnen**. Sie bestätigen, dass keinerlei wissenschaftlich belegbare Wirksamkeit vorliegt. Darüber hinaus gehören AFA – Algen (Blaualgen, Blau – Grünalgen) zu den so genannten Cyanobakterien und nicht – wie der Name sagt – zu den Algen. Diese Cyanobakterien bilden unterschiedliche Arten von Toxinen (= Giftstoffe), darunter unter anderem das Toxin Micocystin, welches sich als Giftstoff beispielsweise in der Leber, aber auch im Nervensystem anlagern und sich entsprechend toxisch (= giftig) dann auch auf die Organe auswirken kann. Durch diese Wirkung können Übelkeit, Brechreiz und Durchfallerkrankungen entstehen, aber auch Gefühls- und Bewusstseinsstörungen sowie Nervenentzündungen eintreten. Aus diesem Grund sollten insbesondere Kinder diese Produkte nicht verabreicht bzw. bekommen, aber auch Erwachsene den Konsum regulieren, stark einschränken einstellen. Eine medizinische Wirksamkeit, insbesondere die Wirksamkeit bei ADS ist fraglich.



4. ADS – Wörterbuch

Das ADS – Wörterbuch soll Ihnen helfen, das Syndrom besser zu verstehen. Auch Begriffe, die nicht in diesem Text vorkommen, sondern inhaltlich zur Thematik gehören, werden erklärt.

Fachbegriff:

Übersetzung:

A DD

Attention Deficit Disorder (engl. Bez. Für ADS)

ADS

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom, oder Aufmerksamkeits – Defizit – Störung

ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (engl. Bez. Für ADHS)

ADHS

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, oder Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

Allergologie, Allergologe

medizinische Fachrichtung, die sich mit Allergien beschäftigt; Facharzt, der sich mit Allergien beschäftigt.

Analytische Psychologie

psychotherapeutische Ausrichtung der Psychologie in Anlehnung an das Gedankengut Carl Gustav Jungs.

Anamnese

persönliche Krankengeschichte

Antigene

Moleküle, die vom körpereigenen Immunsystem als fremdartig erkannt und bekämpft werden

anxiolytisch

angstlösend

Aromazusatz

Chemische Verbindungen, die Lebensmitteln beigefügt werden.

Arthralgien

Gelenkschmerzen

Asperger Syndrom

Form des Autismus, die sich in der Regel im Schulalter manifestiert



Betäubungsmittelgesetz

Gesetz, das die Anwendungsbeschränkungen und –verbote von Wirkstoffen regelt, die als Betäubungsmittel eingestuft werden.

Borderline-Syndrom

emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Cerebral, zerebral
Coaching

das Gehirn betreffend
unterstützende und ermutigende Hilfestellung

Creatininwert

Kreatininwert; best. Wert der Nierendiagnostik

Depression

Bezeichnung für eine Störung der Affektivität, die sich beispielsweise in Antriebs- und / oder Interesselosigkeit etc. zeigt.

Diagnostik

Zusammenfassung aller Methoden und Maßnahmen zur Erfassung von Krankheiten, bzw. Verletzungen. Sie stellt die Basis allen therapeutischen Handelns dar.

Differentialdiagnose

DD; symptomatische Ursachenforschung. Anhand bestimmter Symptome wird versucht, die zugrunde liegende Ursache zu bestimmen.

Dopamin

Neurohormon, das zur Gruppe der Katecholamine gehört. Chemische Vorstufe u.a. von Noradrenalin; Neurotransmitter.

Dysfunktion

Fehlfunktion

Dyskalkulie

Teilleistungsstörung im mathematischen Bereich bei sonst guten schulischen Leistungen und normaler bis überdurchschnittlicher Intelligenz.

EEG

Elektro – Encephalogramm; Methode zur Messung der Potentialschwankungen im Gehirn

EKG

Elektro – Kardiogramm; Methode zur Messung der Aktionspotentiale des Herzens.

Entwicklungsrückstände

Verzögerung in der Entwicklung, die unter dem Altersdurchschnitt liegt.

Evaluation

Bewertung und Überprüfung getroffener Maßnahmen (beispielsweise im Rahmen der Therapie).



F einmotorik	kontrollierte Handbeweglichkeit, Teilgebiet der Motorik (= kontrollierte Körperbewegung)
Fettsäure	Lipide; Hauptbestandteil von Fetten und Ölen.
Fettsäure, essentielle	essentiell = grundlegend, unerlässlich, notwendig; Vom Körper für körpereigene Prozesse benötigte Fettsäuren, die der Körper selbst nicht bilden kann, die also von außen zugeführt werden müssen.
Förderplan	Auflistung therapeutisch notwendiger Maßnahmen zur Verbesserung (schulischer) Leistungen.
G enetik	Vererbungslehre; Teilbereich der Biologie, die sich mit der Weitergabe von Erbinformationen beschäftigt.
Gendefekt	Veränderungen im Erbgut
Graphomotorik	Schreibbewegung, setzt sich aus Feinmotorik und Koordinierungsfähigkeit zusammen. Probleme im graphomotorischen Bereich stellen meist den Ausgangspunkt genereller Probleme beim Lernen dar.
Grobmotorik	Körpermotorik; mehrere Körperteile werden zur kontrollierten Körperbewegung benutzt (benötigt), z.B.: laufen, krabbeln, ...
Gutachten	Beurteilung eines Sachverhaltes durch eine vertrauenswürdige Person.
H aaranalyse	Methode, beispielsweise zur Ermittlung des körpereigenen Mineralstoffhaushaltes, bzw. zur Analyse diverser Gesundheitsrisiken.
HKS	H yper k inetische S yndrom, H yper k inetische S yndrom, synonyme Bezeichnung für ADHS
Hypotonie	zu niedriger Blutdruck
I ndividualpsychologie	durch Alfred Adler geprägte Ausrichtung der Tiefenpsychologie
j uvenil	jugendlich



Kognitiv	bewusst, erkenntnismäßig, auf Wissen basierend
Legasthenie	Teilbereich der Lese- Rechtschreib- Schwäche
MCD	<u>M</u>inimale <u>C</u>erebrale <u>D</u>ysfunktion, strukturell bedingte Störung der Hirnfunktion
Methylphenidat	Wirkstoff der Medikamente der ersten Wahl bei ADS
Monoaminoxidase	Enzym zum Abbau bestimmter Transmitter (Botenstoffe), u.a. von Serotonin und Noradrenalin.
Motorik	von der Gehirnrinde ausgehende kontrollierte, willkürliche Bewegung.
multimodal	auf mehreren Möglichkeiten beruhend
multimodale Therapie	Therapie, die auf mehreren Ebenen ansetzt.
NARI	<u>N</u>oradrenalin Wiederaufnahme („reuptake“) <u>I</u>nhibitoren
Nährstoffe	Grundbestandteile der Nahrung, die der Körper in individuellem Verhältnis benötigt um bestimmte Vorgänge auszuführen und beizubehalten. Zu den Nährstoffen zählen: Eiweiße, Kohlenhydrate, Fette, Vitamine, Mineralstoffe.
neuro-	das Nervensystem betreffend.
Neurobiologie	Teilbereich der Biologie, der sich u.a. mit den biologischen Prozessen des Nervensystems beschäftigt.
Neurochemie	Teilbereich der Chemie, der sich u.a. mit den chemischen Prozessen des Nervensystems beschäftigt.
Neurotransmitter	Botenstoffe (biochemische Stoffe), die die Information über den synaptischen Spalt hinweg von Nervenzelle zu Nervenzelle weiterleiten.
Noradrenalin	Neurohormon, das zur Gruppe der Katecholamine gehört; Neurotransmitter.



O bjektivität	Unabhängig von persönlichem Empfinden eingeschätzte Sachlage.
p erinatal	während der Geburt stattfindend.
Phosphor, Phosphat	Mineralstoff; u.a. wichtig für Knochenaufbau. In proteinreichen Lebensmitteln vorhanden. Phosphor kommt im Körper überwiegend in gebundener Form (als Phosphat) vor.
Placebo	Mittel, das medizinisch keine Wirkung besitzt, aber psychophysiologisch (eingebildet) dennoch wirkt.
postnatal	nach der Geburt stattfindend.
pränatal	vorgeburtlich; vor der Geburt stattfindend.
Physiotherapie	Krankengymnastik
Pruritus	Juckreiz
Psychoanalyse	Oberbegriff für Maßnahmen und Methoden zur Untersuchung und Deutung unbewusster Vorgänge des Seelenlebens, etc.
Psychotherapie	therapeutische Behandlungsform für Erkrankungen auf psychischer, psychosomatischer und emotionaler Ebene durch individuelle therapeutische Ausrichtungen und Behandlungsformen.
psychostimulierend	die Psyche anregend.
R eliabilität	Maß der Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Untersuchungen
Retard – Medikamente	Medikamente, die den Wirkstoff kontinuierlich abgeben.
Rezeptor	Hier: aus Oberfläche der Synapse herausragende Zellstruktur, die Neurotransmitter bindet, welche Reize an die Zelle weiterleiten.
S edierend	beruhigend
Selbsthilfegruppe	Zusammenschlüsse von Menschen mit ähnlichen Problemen.
Serotonin	kommt im Körper als Gewebshormon, bzw. (beruhigender) Neurotransmitter vor.



SSRI	S elektiven S erotonin Wiederaufnahme („reuptake“) I nhibitoren
SNRI	S erotonin N oradrenalin Wiederaufnahme („reuptake“) I nhibitoren
Symptom	Krankheitszeichen
Syndrom	Zusammenfassung mehrerer charakteristischer Krankheitszeichen
Synapse	Hier: Kontaktstelle zwischen Nervenzellen
synaptischer Spalt	Leerraum zwischen den Nervenzellen
T achikardie	Herzrasen
tetrazyklische Antidepressiva	Psychopharmaka; Antidepressiva der 2. Generation
Therapie	Behandlung
thymeterisch	psychomotorisch stimulierend
Tic, Tics	automatisch und plötzlich einsetzende Muskelzuckung, manchmal mit zwanghaften Ausdrucks-, bzw. Abwehrmechanismen.
Tonus	Anspannung von Organen (Muskeln, ...)
Tonusregulation	Steuerung der Anspannung von Organen
Token – System	spezifisches Belohnungssystem
Transmitter	Botenstoff, Übermittler
Trauma	Unfall
Tremor	Zittern
trizyklische Antidepressiva	Psychopharmaka mit stimmungsaufhellender Wirkung
Tourette – Syndrom	ticartige Zuckungen, meist mit Zwangshandlungen verbunden (Beschimpfungen, ...)
V alidität	Maß des Vorhandenseins gewisser Güte- / Qualitätskriterien wissenschaftlicher Untersuchungen
Z entrales Nervensystem (ZNS)	Einheit von Gehirn und Rückenmark



5. Schlusswort

Wir möchten uns bedanken, dass Sie dieses Buch von uns erworben haben.

Wir arbeiten hauptberuflich als Ärzte; privat investieren wir einen großen Teil unserer Freizeit, um Patienten kostenlos mit Informationen über ihre Erkrankung auf unserer Seite www.dr-gumpert.de zu helfen und Auskünfte über Therapiemöglichkeiten zu geben. Außerdem beantworten wir viele ihrer Fragen unentgeltlich in unserem Forum.

Um den hohen Qualitätsstandard unserer Bücher gewährleisten zu können, wird ihr Inhalt von uns ständig aktualisiert und an die neuesten medizinischen Forschungsergebnisse und Entwicklungen angepasst. Äußerlichkeiten kommen dabei aus Zeitmangel manchmal zu kurz. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Natürlich haben wir ein hohes Interesse an einem Feedback über unsere Arbeit.

- War der Inhalt dieses Buches leicht verständlich?
- Gab es Passagen, die Sie nicht verstanden haben? Wenn ja, welche?
- Zu welchen Punkten hätten Sie sich ausführlichere Informationen gewünscht?
- Gibt es weitere Verbesserungsvorschläge / andere Kritik oder Lob?
- Bewerten Sie dieses Buch mit Noten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht).

Wir freuen uns schon auf Ihre Antwort!

Ihr Feedback bitte an: buchkritik@dr-gumpert.de .

Diese Patienteninformation ist **urheberrechtlich geschützt**. Kein Teil dieses Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Impressum:

my-opis.com
eine Zweigniederlassung der
Online-Patienten-Informations-Service Limited
Teutonenweg 2
65232 Taunusstein

Geschäftsführung und Vertrieb:
Dipl.-Kfm. Peter Gumpert
Teutonenweg 2
65232 Taunusstein

Steuer Nr.: 040 239 97022 Ust-IdNr.: DE253236146
HRB Wiesbaden 22742
Sitz der Limited in England: 69 Great Hampton Street, UK-B18 6EW Birmingham
Registered Number: 5690062 in House of Companies Cardiff / Wales

Tel: 06128-487206
Version: 06-12-01 06.04.2008



Folgende Bücher und CDs sind in dieser O.P.I.S. - Reihe bereits erschienen.
Sie können online bestellt werden unter <http://www.online-patienten-informations-service.de>

Orthopädie:

Die optimale Therapie des vorderen Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des hinteren Kreuzbandrisses

Die optimale Therapie des Meniskusrisses

Die optimale Therapie der Kniearthrose

Der Weg zur Knieprothese

Die optimale Therapie der Hüftarthrose

Der Weg zur Hüftprothese

Die optimale Therapie des Bandscheibenvorfalls

Die optimale Therapie von Rückenschmerzen

- Teil I Hals- und Brustwirbelsäule
- Teil II Lendenwirbelsäule
- Teil III Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie
- Gesamtbuch

Aktiv gegen Rückenschmerzen

Die optimale Therapie des Tennisarms

Die optimale Therapie des Hallux valgus

Die optimale Therapie des Hallux rigidus

Die optimale Therapie des Impingement – Syndroms (Schulterengpassyndrom)

Die optimale Therapie des Rotatorenmanschettenrisses

Die optimale Therapie der Tendinosis calcarea (Kalkschulter)

Die optimale Therapie des Karpaltunnelsyndroms

Die optimale Therapie des Muskelfaserrisses

Die optimale Therapie des Bänderrisses

Psychotherapie:

Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson und/oder Phantasiereisen (CD)

Die optimale Therapie der Borderline-Störung

Die Alzheimer-Erkrankung

Chronischer Rückenschmerz und Psychotherapie

Medizinische Pädagogik / Psychologie:

Das ADS verstehen – meinem Kind helfen

Das ADHS verstehen – meinem Kind helfen

Solokolor – das Sudoku-Spiel in Farbe