

Karsten Dietrich



Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom

ADHS – die Einsamkeit in unserer Mitte

Karsten Dietrich

Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom

Meiner Frau und meinen beiden Kindern, die in den letzten fünf Jahren vieles entbehren mussten, was das Buch bekommen hat. Und all denen, die mir nahe stehen und nahe standen und denen in ihrem durch ADHS verursachten Leid nicht genügend geholfen werden konnte.

Karsten Dietrich

Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom

**ADHS – die Einsamkeit
in unserer Mitte**

Mit 21 Abbildungen

 **Schattauer**

Dr. med. Karsten Dietrich

Praxis für Kinder- und Jugendheilkunde
 ADHS-Schwerpunktpraxis
 Hoefftstraße 32
 29525 Uelzen

**Bibliografische Information der Deutschen
 Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich ge-

macht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2011 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
 70174 Stuttgart, Germany
 E-Mail: info@schattauer.de
 Internet: www.schattauer.de
 Printed in Germany

Lektorat: Hergen Hillen, Wissenschaftsberatung
 und Lektorat, Hamburg
 Umschlagabbildung: © Gina Sanders – Fotolia
 Satz: Satzstudio 90 (A. Kretschmer), Kühbach
 Druck und Einband: AZ Druck und
 Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2653-6

Vorwort

Sie halten ein Buch in den Händen, das von vielen Interessierten seit zwei Jahren hoffnungsvoll erwartet wird. Es sind vor allem Patienten aus meiner Praxis und Zuhörer meiner Vorträge, die schon länger gerne nachgelesen hätten, was ich ihnen mit Worten vermittelt habe. Warum hoffen Menschen auf dieses medizinische Fachbuch? Weil sie ein Problem haben und weil sie von diesem Buch ein tieferes Verständnis für dieses Problem und seine Lösung erwarten, als es ihnen durch das Kennenlernen der zugrundeliegenden Theorie bereits zuteil wurde. Ein weiterer Punkt, der für medizinische Theorien eher unüblich ist, kommt noch hinzu: Die Theorie ist spannend.

Über ADHS wurden schon viele Bücher verfasst. Viele Menschen sind betroffen, viele empfinden Angst und Unbehagen bei diesem Thema, und es ist bislang keine schlüssige Theorie veröffentlicht worden, die die Entstehung der Störung und ihrer innerpsychischen Vorgänge verständlich macht. Phänomene, die beobachtet, beschrieben und sogar medikamentös behandelt werden, ohne dass eine abgesicherte Theorie zum Verständnis verhilft, führen zwangsläufig zu sehr gegensätzlichen Meinungen. Schnell entsteht der Vorwurf, dass das, was als Beobachtung bezeichnet wird, vom Berichtenden nicht beobachtet, sondern unkritisch hineininterpretiert worden ist. So begegnet man auch immer wieder der Sichtweise, das „teuflische Konstrukt“ ADHS sei erfunden und eigentlich nicht existent.

Alle die Personen, die dieses Buch erwarten, kämpfen als Betroffene, Eltern von Betroffenen, Lehrer und Therapeuten täglich mit der Erkrankung ADHS. Für sie ist ADHS unerbittliche Realität. Es ist ein täglicher Kampf des Erkrankten mit seinen immer wiederkehrenden Problemen und mit dem Erkrankten und sei-

nen Problemen, der besonders schwer fällt, weil er unverständlich ist. Die Frustration der Beteiligten kulminiert regelmäßig in den Fragen: „Warum täglich dieses Ringen? Warum kann er/sie nicht anders handeln? Warum kann er/sie das Leben nicht einfacher nehmen und gestalten?“ Die Theorie dieses Buches kann diese Fragen beantworten und deshalb ist sie so spannend. Wer die Theorie erläutert bekommt, ob als direkt oder indirekt Betroffener, als Therapeut, als Außendienstmitarbeiter in meiner Praxis oder als Zuhörer eines Vortrags, hört höchst konzentriert und angespannt zu. Die Theorie vermittelt eine neue Sicht auf die Steuerung von Hirnfunktionen eines jeden Menschen. Sein Denken und Handeln und deren Einschränkung bei ADHS wird auf eine neue Weise transparent. Die Auffälligkeiten werden logisch nachvollziehbar. Wendet man die Theorie an, um sein eigenes Verhalten den Betroffenen gegenüber zu gestalten oder als Arzt oder Therapeut eine Therapie zu steuern, erreicht man eine unmittelbare Wirkung.

Die Theorie hat aber auch einen Nachteil: So klar, unmittelbar logisch und in weniger als einer Stunde sie grundlegend zu erklären ist, so komplex ist ihre schriftliche Ausgestaltung in ihren vielen Beziehungen zu allem, was unser Leben ausmacht. Diese Komplexität hat einen Destillationsprozess erfordert, der letztendlich zwei Jahre länger war, als die erste Planung es vorsah. Die Theorie ist grundlegend neu, und um ihre Alleinstellung zu sichern, darf sie keine etablierten Formulierungen bisheriger Theorien und Modelle enthalten, sonst wird sie in Bestehendes eingeordnet und nicht als neu und eigenständig wahrgenommen. Das erforderte die Ausgestaltung eines eigenständigen Gedankengebäudes. Weiterhin beschreibt die Theorie dynamische Prozesse, die sich selbst und ge-

genseitig ständig beeinflussen. All diese Einzelfaktoren und Komplikationen erklären mit ihrer besonderen Aufwendigkeit die Wartezeit.

Es ist viel von dem, womit ich vor vier Jahren begonnen habe, in diesem Buch konserviert, einiges hat jedoch die Überarbeitungsprozesse nicht überdauert. Am Augenscheinlichsten und für viele, die den Werdegang des Projektes begleiten, absolut unverständlich, ist die Verwendung der Abkürzung ADHS. Ursprünglich war ich ausgezogen, um das „H“ abzuschaffen. Die Hyperaktivität ist für den Betroffenen absolut unerheblich und die Fokussierung darauf verstellt den Blick für seine eigentlichen Probleme. So sehe ich es immer noch. Die Tendenz in den wissenschaftlichen Veröffentlichungen und in der Gesetzgebung weist jedoch eindeutig auf die Abkürzung mit „H“ hin. Letztendlich liefe das Buch Gefahr, für weniger relevant angesehen zu werden, weil die verwendeten Abkürzungen nicht aktuell sind. Es bleibt nur die Hoffnung, dass es dieser Krankheitsbezeichnung ähnlich ergeht wie dem Diabetes mellitus. Direkt übersetzt „honigsüßer Übertritt“ hat das Verständnis der Krankheit und deren Behandlung heute nichts mehr damit zu tun, dass der Urin vor zwei Jahrhunderten süß schmeckte. Niemand bezweifelt heute wegen des Namens, dass es sich um eine Autoimmunerkrankung mit einem Mangel an Insulin handelt.

Es ist noch anderes auf der Strecke geblieben, zumal in der gesamten Zeit auch meine Praxis für Kinder- und Jugendheilkunde mit voller Auslastung weiterlaufen musste. Allen die meine Zuwendung in den letzten Jahren intensiver gebraucht hätten, als ich sie vermitteln konnte, möchte ich mein Bedauern und meinen Dank aussprechen. Meine Frau weiß um den Wert der Theorie und hat es mit ihrer Haltung unseren Kindern möglicher gemacht, den Vater am Schreibtisch auszuhalten und nicht im Spiel mit ihnen zu erleben. Sie hat auch von der ersten Stunde an die Entwicklung und Erprobung mit vielen Gedanken und eigenen Beobachtungen begleitet. Ihr gilt mein ganz besonderer Dank.

Hinsichtlich der Abkürzung ADHS steht noch eine weitere Erklärung an. Viele Referenten sprechen heutzutage von der ADHS mit dem „S“ als Abkürzung für Störung. Für mich ist die Erkrankung bis zum heutigen Tage immer noch als Syndrom zu bezeichnen. Da es noch keine wissenschaftlich abgesicherte Theorie gibt, die die Erkrankung beschreibt, ist sie noch immer eine statistisch gehäuft auftretende Kombination von Symptomen, also ein Syndrom. Erst wenn die Theorie dieses Buches wissenschaftlich belegt ist, kann von einer Störung als einem definierten Krankheitsbild gesprochen werden. Deshalb ist die Formulierung im Buch das ADHS.

Das Buch folgt konsequent dem Bestreben, die einzelnen Aspekte vom Betroffenen aus zu beschreiben. Damit hoffe ich, die individuelle Beeinträchtigung und das individuelle Leid des Einzelnen infolge seiner absoluten und schwer erkennbaren Einsamkeit erfassbarer zu machen. Das Buch ist über Kinder, Jugendliche und ihre Eltern geschrieben, weil ich Kinder und Jugendliche behandle. Die Situation von betroffenen Erwachsenen wird nicht gesondert erfasst. Es kann jedoch vieles auf die Situation von Erwachsenen übertragen werden. Insbesondere ist in der Beschreibung der Altersklasse 16–18 Jahre vieles enthalten, was unverändert auch für die Erwachsenen Anwendung finden kann.

Wenn neue Theorien, Ideen oder Konzepte keinen Widerstand hervorrufen, sind sie meistens nicht gut. Diese Theorie bricht mit vielem, was z.T. seit mehreren Jahrzehnten beforscht und etabliert wurde. Sie wird wahrscheinlich vehemente Auseinandersetzungen auszuhalten haben. Schon die erste Veröffentlichung in Form eines Posters auf der ersten internationalen Konferenz zum Thema ADHS in Würzburg im Juni 2007, hat polarisiert. Das Poster wurde jedoch nicht ignoriert.

Jede noch so aggressiv geführte Auseinandersetzung, die vielleicht stattfinden wird, erfüllt mich mit der Hoffnung, Gehör zu finden. Ein Ignorieren böte diese Möglichkeit nicht.

Ich hoffe mit großer Gewissheit, dass die Theorie sich in den folgenden Jahren wissenschaftlich weiter bestätigen lässt. Mir ist absolut bewusst, dass die Plausibilität, die sich dem Leser auf den folgenden Seiten erschließt, keine Garantie für Richtigkeit ist und im übelsten Fall direkt in die Irre leiten kann. Die folgenden Wahrnehmungen bei den von mir betreuten Patienten und ihrer Angehörigen als Zeichen der Qualität der Behandlung, die ich auf Basis dieser Theorie gewährleisten kann, geben mir den Mut, meine Gedanken mit dem vorliegenden Buch der wissenschaftlichen Überprüfung zu stellen:

- Die vielen besonders umfangreichen Verbesserungen, die ich mit meiner therapeutischen Betreuung erreichen kann – insbesondere hinsichtlich der Zufriedenheit, der Reife und Selbstständigkeit und der Persönlichkeitsentwicklung.
- Die Rückmeldung der von mir behandelten Familien, dass sie sich in meinen Fragen, Beschreibungen und Analysen tatsächlich in ihrem täglichen Kampf und immer wieder aufkommenden Leid wahrgenommen und gerecht beurteilt sehen.
- Der Friede, der für die Familien mit der Steigerung ihres eigenen Verständnisses und ihrer Kompetenz verbunden ist.
- Die neu entstehende Bereitschaft, mit der die Eltern unter Berücksichtigung dieser Grundlagen das Fehlverhalten ihrer Kinder ertragen und aushalten können.
- Die durch das Verständnis infolge der Theorie steigende Motivation aller, an der Verbesserung der Situation der Betroffenen mitzuarbeiten, trotz der vielen frustrierenden, zermürbenden Auseinandersetzungen, welche die Eltern mit den und um die Patienten erleben.
- Insbesondere auch die Rückmeldung der mit mir gemeinsam betroffene Kinder behandelnden Psychotherapeuten und Ergotherapeuten, in ihrer Therapie unter Anwendung der Theorie wesentlich besser voranzukommen.

Die Theorie hat Parallelen zu verschiedenen Traumatheorien. ADHS und die psychischen Veränderungen nach der Einwirkung eines Traumas haben viele Berührungspunkte und Übereinstimmungen. Eine erhebliche Zahl von ADHS-Betroffenen hat tatsächlich Traumata erlitten. So ist ein offensichtliches Trauma eine von verschiedenen Ursachen für ADHS, aber keine notwendige. Eine detaillierte Darstellung von Verbindungen und Differenzen mit bestehenden Traumatheorien bedürfen jedoch der gesonderten, detaillierten Betrachtung an anderer Stelle, die dieses Buch zu unübersichtlich werden ließe.

Wer zu den Betroffenen gehört, lebt in einer tiefen Einsamkeit, auch innerhalb von Familie oder Beziehung. Andere Menschen kennen zu lernen und Freundschaften zu entwickeln ist bei ADHS ein steiniger Weg, der häufig in der Sackgasse endet. Diese Einsamkeit gilt es zu beenden.

Interessenkonflikte und Danksagungen

Interessenkonflikte hinsichtlich wirtschaftlicher Zusammenarbeit mit Firmen oder Organisationen bestehen nicht. Das Buch wurde von mir eigenständig ohne jede direkte organisatorische, geistige oder wirtschaftliche Unterstützung erstellt. Nur Herrn Hergen Hillen (www.lektorenfabrik.de), den ich im Juni 2009 engagierte, gebührt Dank für seine sehr professionelle Dienstleistung. Er hat mit Geduld und Nachdruck entscheidende Hilfe bei der endgültigen Textgestaltung geleistet.

Für indirekte Unterstützung danke ich folgenden Personen und Institutionen:

Herr **Dr. Christian Sprang** vom Börsenverein des Deutschen Buchhandels war als kritischer Geist und hochrangiger Sachverständiger im Bereich Publikation ständiger Mentor des Buches, weil er nie auch nur eine Sekunde

Zweifel daran erkennen ließ, dass das Vorhaben lohnenswert und angemessen ist und dass es überhaupt zu Ende gebracht werden muss. Unersetzlich sind auch seine Hinweise und Anregungen für die Kontaktaufnahme mit Verlagen im Allgemeinen. Im Speziellen ist seine Kontaktabahnung zum Schattauer Verlag sicher außerordentlich hilfreich und beschleunigend gewesen.

Der Verdienst und die Dankbarkeit Herrn **Dr. Wulf Bertram** vom Schattauer Verlag gegenüber wird dadurch aber in nichts geschmälert. Sicher konnte er erwarten, dass Herr Dr. Sprang sich nicht für ein aussichtsloses Projekt verwendet. Dass er als Programmverantwortlicher sich aber innerhalb von weniger als 24 Stunden für das Veröffentlichungsprojekt eines wissenschaftlich absolut Unbekannten entschied, verdient größte Hochachtung und tiefsten Dank für das Vertrauen.

Auch Herr **Professor Andreas Bitsch** aus Neuruppin hat wesentlichen Anteil am Gelingen des Buches gehabt. Häufig konnte ich auf seine umfangreiche Erfahrung im Bereich wissenschaftlicher Veröffentlichungen zurückgreifen. Insbesondere bei der Formulierung und Gestaltung des Posters für den Kongress in Würzburg im Jahr 2007, mit dem mein geistiges Eigentum an dieser Theorie unzweifelhaft gesichert werden konnte, hat er herausragenden Anteil.

Der Firma **Lilly Deutschland GmbH**, Bad Homburg gilt mein Dank für die Ermöglichung der Teilnahme an wesentlichen ADHS-Tagungen in den letzten Jahren und die Anbahnung verschiedener, sehr hilfreicher Kontakte. Besonders Frau **Petra Jumpers** hat hier in beidem unersetzliche Hilfe geleistet. Aber auch Herr **Dr. Christoph Bartel** hat mit seiner Unterstützung, sicher vor allem auch mit dem an verschiedenen Orten geäußerten Vertrauen in meine Glaubwürdigkeit, vieles Wichtige möglich gemacht. Diese indirekte Unterstützung hatte definitiv keine Auswirkung auf mein Ordnungsverhalten, wofür im Zweifelsfall meine Ordnungsstatistiken eindeutig Beleg sein können. Auch wird der kritischste

Leser keine Gewichtung für das Produkt der Firma Lilly in den diesbezüglichen Abschnitten des Buches finden können.

Auch die Firmen **Shire**, früher **UCB**, **Medice** und **Janssen-Cilag** ermöglichten die Teilnahme an einigen Veranstaltungen, die mein Wissen und meine Kontakte verbessern halfen.

Herrn **Professor Michael Huss** aus Mainz danke ich neben seinen kollegialen Rückmeldungen vor allem für seine Äußerung, mein Buch mit Spannung zu erwarten.

Herr **Professor Ralf Dittmann** und Herr **Professor Tobias Banaschewski** vom Zentralinstitut für geistige Gesundheit in Wiesbaden haben das Projekt durch Ratschläge und Kontaktvermittlungen wesentlich unterstützt und mit ihrem Engagement wesentlich zum Abbau meines Zweifels beigetragen, ob sich der große Aufwand einer Veröffentlichung lohnt.

Herr **Professor Craig Donnelly** aus Lebanon/USA gebührt tief empfundenen Dank dafür, dass auch er als internationale Größe im Bereich der ADHS-Forschung beim ersten Kontakt im Juni 2007 in Würzburg gegenüber dem „Nobody“ nicht gelächelt hat, sondern unmittelbar freundschaftlich, aber kritisch den Werdegang der Theorie begleitet und mit seiner Anerkennung der geistigen Leistung immer wieder motiviert hat.

Herr **Professor Edmund Sonuga-Barke** aus Southampton/GB hat bei mehreren persönlichen Treffen, gerade zuletzt bei dem 2. ADHD-Congress in Wien, sehr engagiert die Arbeit an der Theorie und ihre Veröffentlichung unterstützt. Auch er gehört unzweifelhaft in die erste Reihe der Mentoren, ohne deren Anerkennung mich phasenweise der Mut fast verlassen hätte.

Herr **Professor Andreas Warnke** aus Würzburg hat auf ähnliche Weise den Motor der Veröffentlichung am Laufen gehalten, in dem er mir durch eine nicht erbetene, grundsätzliche, schriftliche Stellungnahme Ende 2007 jeden Zweifel nahm, dass auch in Deutschland meine Arbeit wissenschaftliche Anerkennung finden kann.

Herr **Professor Russel Barkley** aus Charleston, South Carolina/USA hat durch seine ständige Bereitschaft zu einem kollegialen Gespräch, seine differenzierte Kritik, seine begeisterte Diskussion und eine geäußerte Bereitschaft, das Projekt bei dem Versuch einer Veröffentlichung in den USA zu unterstützen, wenn es

wissenschaftlich anspruchsvoll aufbereitet ist, ebenfalls in herausragendem Maße meine Zuversicht und meine Motivation zur Fertigstellung aufrecht erhalten.

Uelzen,
im September 2010

Karsten Dietrich

This page intentionally left blank

Inhalt

1	Einleitung: Was ist ADHS?	1	3.4	Das Erleben der Posteriorisierung	45
			3.4.1	Das Erleben und Empfinden in der Gefahrensituation.	46
			3.4.2	Das Erleben nach dem Trauma: Refrontalisierung, Trauer	48
2	Der Sicherheitssinn.	15	4	ADHS und andere Posteriorisierungsstörungen.	51
2.1	Wahrnehmungen, die den Sicher- heitssinn zur Umschaltung veranlassen	16	4.1	Störung der Posteriorisierung bei ADHS	52
2.2	Besonderheiten der Sicherheits- wahrnehmung bei ADHS.	20	4.2	Forschungsergebnisse zur Hyperposteriorisierung als Ursache von ADHS	56
2.3	Der Sicherheitssinn des Menschen, ein paradoxes System	22	4.3	Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen	59
3	Gefahrenbewältigung	29	4.4	Veröffentlichungen über die Posteriorisierung bei PTBS	62
3.1	Die drei Sicherheitssysteme des menschlichen Gehirns	29	4.5	Mobbing.	63
3.2	Die Gefahrenbewältigung im Gehirn eines Säugetiers.	34	4.6	Veröffentlichungen über die Posteri- orisierung als Ursache der Verände- rungen bei Mobbingopfern	66
3.3	Die Gefahrenbewältigung im menschlichen Gehirn	36	4.7	Schlafmangel	67
3.3.1	Die Posteriorisierung	38			
3.3.2	Der Ablauf der Posteriorisierung	39			
3.3.3	Der Weg zurück, die „Refrontalisierung“	43			

5 Die neuronalen Grundlagen der Posteriorisierung	69	6.1.3 Phase der Kulturvorbereitung: Beginn der Trotzphase bis zur Fixierung im siebten Lebensjahr	86
5.1 Informationsaustausch über die frontolimbische Verbindung	69	6.1.4 Vorbereitungsphase zur Selbstständigkeit: siebtes Lebensjahr bis zum Beginn der Pubertät.	89
5.2 Abriegeln von Nervenleitungen als Notfallmechanismus zur Sicherung des Überlebens	72	6.1.5 Pubertät.	90
5.3 Die funktionale Veränderung der frontolimbischen Verbindung.	74	6.1.6 Die Vollendungsphase: Ende Pubertät bis zur vollkommenen Eigenständigkeit	92
5.3.1 Informationstransport über eine Nervenleitung	74	6.2 Trauma-Wahrnehmung bei ADHS-Konstitution	92
5.3.2 Die Synapse.	75	6.2.1 Unzureichende Befriedigung von existenziellen Bedürfnissen.	94
5.3.3 Funktionssicherung der Synapse durch Wiederaufnahmekanäle für Neurotransmitter	75	6.2.2 Aggression	94
5.3.4 Funktionsminderung der Synapse durch überzählige Dopamintransporter	76	6.2.3 Nichtbewältigung als Trauma.	96
5.3.5 Funktionsnormalisierung der Synapse durch Methylphenidat.	77	6.3 Sicherheitsgrundbedürfnisse	98
5.4 Zusammenfassende Darstellung der Steuerungsprozesse bei der Posteriorisierung.	79	6.3.1 Vegetative Gefahrensignale.	99
6 Die Entstehung von ADHS im Kind	81	6.3.2 Nonverbale und verbale Kommunikation.	100
6.1 Interaktion von Lernen und Sicherheitssinn in den Entwicklungsphasen	83	6.3.3 Entwicklung	102
6.1.1 Mittelhirnphase: Geburt bis vierter Lebensmonat.	83	6.3.4 Wert	104
6.1.2 Zwischenhirnphase: vierter Lebensmonat bis zum Beginn der Trotzphase	84	6.4 Bisherige Veröffentlichungen über die Erbllichkeit von ADHS und verstärkende Umweltfaktoren	109
		6.4.1 Erbllichkeit von ADHS	110
		6.4.2 Die Modulation der genetischen Veranlagung bei ADHS	111
		7 Definierende Kriterien und Diagnostik	115
		7.1 Definierende Kriterien für ADHS	117
		7.1.1 Angriffswahrnehmung.	117
		7.1.2 Beeinträchtigung von sozialer und emotionaler Stabilität.	119

7.1.3 Soziales Kontrollverhalten.....	122	8.2 Übersicht über die Wirkungsweisen der Therapiearten	163
7.1.4 Beeinträchtigung der Kommunikation.....	130	8.3 Medikamentöse Therapie.....	168
7.1.5 Intelligenzausnutzung/ Kulturelle Kernkompetenzen	137	8.3.1 Stimulanzen.....	168
7.1.6 Reife	141	8.3.2 Atomoxetin (Strattera®).....	175
7.1.7 Erbllichkeit.....	144	8.3.3 Risperidon.....	178
7.2 Ablauf der Diagnostik.....	145	8.4 Nichtmedikamentöse Therapie.....	180
7.2.1 Anamnese des Kindes	150	8.4.1 Ergotherapie.....	181
7.2.2 Anamnese der Familie	151	8.4.2 Psychotherapie.....	184
7.2.3 Festlegung der Diagnose	152	8.4.3 Andere nichtmedikamentöse Verfahren	186
8 Therapie	157	 	
8.1 Aufklärung und Beratung.....	157	9 Zusammenfassung und Ausblick.....	189
8.1.1 Zusammenfassende Aufklärung über die aktuelle Beeinträchtigung durch ADHS.....	158		
8.1.2 Aufklärung über Entwicklungs- störungen bei ausbleibender Behandlung des ADHS	158		
8.1.3 Aufklärung über Persönlichkeits- störungen oder psychische Erkrankungen als Risiko ausbleibender Behandlung des ADHS.....	159	10 Literatur	195
8.1.4 Entwicklung einer Problemkultur... ..	159		
8.1.5 Behandlungsvertrag und Einverständnis für die Therapie	160	Sachverzeichnis.....	205

This page intentionally left blank

1 Einleitung: Was ist ADHS?

ADHS polarisiert. Die Unsicherheit über dieses Phänomen ist in der Gesellschaft groß. Die gegensätzlichen Positionen, ADHS sei erfunden und ADHS sei eine ernsthafte Erkrankung, die schon lange unter den Menschen ist und vielen viel Leid vermittelt, bestehen nebeneinander. Es gibt die Aussage, ADHS sei ein rein pädagogisches Problem, das nur pädagogisch zu lösen ist, neben der Ansicht, es sei im Wesentlichen ein medizinisches Problem, das von der Pädagogik bestenfalls beeinflusst werden kann. Jeder, der heutzutage aufgrund der beruflichen Tätigkeit Verantwortung für Andere trägt, muss sich mit ADHS auseinandersetzen, sei die Person nun Arzt, Lehrer, Erzieher, Psychologe, Sozialpädagoge, Sprach- oder Ergotherapeut. Alle genannten Berufsgruppen betreuen irgendwann Menschen, die von ADHS betroffen sind. Auch mehr und mehr Eltern sehen sich bei ihren Kindern mit diesem Thema konfrontiert.

Die WHO trägt nicht zu einer einheitlichen Wahrnehmung des ADHS bei. ADHS wird nach wie vor als Syndrom durch die Auflistung spezifischer Symptome diagnostiziert. Die aktuelle Definition des Krankheitsbildes besteht in der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (International Classification of Diseases, 10. Auflage, ICD-10) in einer Auffächerung der drei Kernkriterien, ohne dass daraus mehr Verständnis für die zusammen auftretenden Symptome entsteht. Das Kapitel Unaufmerksamkeit beinhaltet die Beobachtungen Oberflächlichkeit, abbrechende Aufmerksamkeit, auf Ansprache nicht reagieren, inkonstante Arbeitsleistungen, insbesondere nach einer Aufforderung, Probleme in der Selbstorganisation, Motivationsmangel, wenn geistige Arbeit erforderlich ist, Verlust von Gegenständen, Ablenkbarkeit durch äußere Reize und allge-

meine Vergesslichkeit (Lehmkuhl u. Döpfner 2002). All diese Probleme können bei einer Person auftreten, die von ADHS betroffen ist. Es ist nur keineswegs schlüssig, dass sie tatsächlich alle auf einer verminderten Aufmerksamkeit beruhen. Die Impulsivität enthält die Auffälligkeiten schwer warten zu können, vor dem Ende der Frage mit der Antwort herauszuplatzen, übermäßiges Reden und Andere schnell und häufig zu unterbrechen. Eine Hyperaktivität zeigt sich durch unkontrollierte Bewegungen von Händen und Füßen, Aufstehen und Herumgehen, das nicht den Notwendigkeiten der Situation entspricht, sowie fehlende Ruhe und Konzentration auch bei Freizeitaktivitäten (Lehmkuhl u. Döpfner 2002). Auch hier sind viele Symptome unter einer Überschrift versammelt, mit der sie nicht unbedingt zusammenhängen müssen. Die Ausprägung der einzelnen Aspekte aller drei Kernkriterien kann unterschiedlich sein. Daher müssen für eine gesicherte Diagnose zwei Drittel der Symptome für sechs Monate in unterschiedlichen Lebensbereichen auftreten.

Vor allem hinsichtlich einer geeigneten Behandlungsmethode sind die Einschätzungen sowohl bei Fachleuten als auch in der Öffentlichkeit sehr weit auseinander: Es gibt eine erhebliche Anzahl von Verantwortlichen, die wollen Medikamente und insbesondere den von ihnen so wahrgenommenen „Giftstoff Ritalin®“ von allen Kindern fernhalten. Für sie gibt es nichts Unverantwortlicheres, als dieses Medikament zu verordnen. Denen steht eine große Gruppe gegenüber, die es ab einem Grad der Beeinträchtigung als unterlassene Hilfeleistung ansieht, wenn die Behandlung mit Medikamenten nicht rechtzeitig begonnen wird. Allen diesen Menschen ist gemein, dass sie sich in der Regel engagiert um das Wohl der

ihnen anvertrauten Kinder sorgen. Ihre Einschätzungen zu dem Problem und den Lösungsmöglichkeiten stehen sich extrem gegenüber, im Bemühen um die Kinder sind sie sich hingegen einig.

Die Wissenschaft geht von einer Häufigkeit der Erkrankung im Kindes- und Jugendalter von 5–12% aus. Eine Erhebung des Robert-Koch-Instituts über die Gesundheit von Kindern (KIGGS) ergab für Deutschland eine Prävalenz von 4,8% für die sicheren und 4,9% für die Verdachtsfälle, sodass, wenn man die Verdachtsfälle mit 50% einrechnet, ein Anteil von 7% in Deutschland realistisch erscheint (Schlack et al. 2007). Die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes von 2007 geben für die Zahl der 6–18-Jährigen 15,8257 Millionen an, davon 7% ergeben eine Anzahl von = ca. 1,1 Millionen erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Die Medikamentenverordnung von Stimulanzien, zu denen das Ritalin® gehört, umfasste im Jahr 2007 39 Millionen Tagesdosen (Schwab u. Paffrath 2008). Da es Behandler gibt, die mit Behandlungspausen arbeiten, kann von 260 Behandlungstagen pro Jahr ausgegangen werden. Daraus ergibt sich eine Anzahl an mit Stimulanzien behandelten ADHS-Erkrankten in Deutschland von ca. 150.000. Das bedeutet, dass nur jeder siebte Erkrankte momentan eine medikamentöse Behandlung erhält. Die Zahl der Verordnungen hat in den letzten Jahren sehr stark zugenommen. Die verordnete Masse stieg von 34 Kilogramm Methylphenidat im Jahr 1993 auf 1,2 Tonnen im Jahr 2006, das bedeutet eine Steigerung um den Faktor 35. Daraus wird häufig abgeleitet, dass die Diagnose nicht mit hinreichender Sicherheit gestellt wird und die Verordnung unkontrolliert freigiebig erfolgt. Als Gründe werden ein intensives Pharmamarketing, zu dem die Finanzierung von Selbsthilfegruppen und das Sponsoring der auf diesem Gebiet forschenden Wissenschaftler gezählt werden, oder auch mangelnder Widerstand der Behandler gegen die Forderungen karrieristischer Eltern genannt. Es wird dabei vorausgesetzt, dass die Anzahl der

Erkrankten nicht derartig schnell angestiegen sein kann. Bei diesen Vorannahmen wird nicht berücksichtigt, dass mittlerweile die Diagnostik deutlich verbessert wurde und die Vertrautheit mit dem Krankheitsbild in weiten Teilen der Ärzteschaft deutlich angestiegen ist. Auch wenn aus dem noch niedrigen Anteil der medikamentös Behandelten von ca. 15% der Erkrankten abgeleitet werden kann, dass gegenwärtig noch viele Erkrankte nicht diagnostiziert worden sind. Bei vielen Behandlern liegt der Anteil derjenigen, die mit Medikamenten behandelt werden, bei weit über 50%. Das heißt, nach grober Schätzung werden 15% aller Erkrankten medikamentös und 15% nicht medikamentös behandelt. Vielleicht noch 5% der Erkrankten gar nicht, sodass zu erwarten ist, dass 35% in Betreuung und diagnostiziert und 65%, also zwei Drittel, noch nicht diagnostiziert sind.

Schon jetzt sind die medikamentösen Behandlungskosten sehr stark angestiegen auf einen Betrag von 18,94 Mio. Euro im Jahr 2007. In Zukunft werden die Kosten für die medikamentöse Therapie weiter steigen, weil weitere Kinder und Jugendliche diagnostiziert werden und abzusehen ist, dass in einigen Jahren die Krankenkassen auch die Behandlung im Erwachsenenalter übernehmen werden müssen.

Gerade unter den Umständen, dass die Medizin zunehmend nach ausschließlich wirtschaftlichen Gesichtspunkten evaluiert wird, ist es tragisch zu beobachten, dass verantwortliche Politiker immer wieder nur ihr Ressort, in diesem Falle das Gesundheitsministerium, vor steigenden Kosten bewahren wollen, die gesamtgesellschaftlichen Kosten einer Erkrankung aber nicht mit berücksichtigen. Wie sich aus der folgenden Aufstellung ergibt, würde eine Investition in eine wirksame Behandlung aller Altersklassen die Gesellschaft durch die Einsparung der krankheitsbedingten Gesellschaftskosten sehr entlasten. Unlängst hat es erste Veröffentlichungen über die sozialen Kosten von ADHS in den Vereinigten Staaten gegeben. Die Behandlungskosten liegen dort im Jahr pro Patient zwischen 438 \$ (330 €)

(Matza et al. 2005) und 1.580 \$ (1.185 €) bei medizinischen Gesamtkosten von 2.636 \$ (1.977 €) (Birnbaum et al. 2005). Diesen Behandlungskosten stehen die Ausbildungskosten gegenüber, die nach Pelham und Foster (2007) ohne Bezifferung 12- bis 18-mal höher liegen als bei unbeeinträchtigten Personen. Weiterhin sind jährlichen Justizkosten anzuführen, die bei ADHS pro Person bei 12.868 \$ (9.651 €) gegenüber 498 \$ (374 €) im Jahr bei Nichtbetroffenen liegt. Unter Einbeziehung der elterlichen Fehltagel am Arbeitsplatz kommen Pelham und Foster (2007) auf ADHS-bedingte Sozialkosten von 14.576 \$ (10.932 €) pro ADHS-Kind oder -Jugendlicher im Jahr. Zieht man sämtliche Kosten im Erwachsenenalter wie z.B. Produktivitätsausfall und Sozialhilfe mit hinzu, errechnen Pelham und Foster (2007) jährliche Kosten von 74,1 Milliarden Dollar bei 298.444.215 US-Einwohnern. Selbst wenn die Sozialsysteme der USA und Deutschlands nicht unmittelbar vergleichbar sind, kann man unter Einbeziehung aller in diesen Studien berücksichtigten Faktoren für Deutschland annehmen, dass ADHS Folgekosten im zweistelligen Milliardenbereich im Jahr verursacht. Da bei vielen Patienten mit einer erfolgreichen Therapie Folgekosten nicht mehr anfallen, kann man, sehr defensiv geschätzt, mit einer effektiven Therapie in allen Altersklassen sicher mehrere Milliarden Euro in Deutschland einsparen.

Wie kann es zu einer derartig komplexen Konfliktlage kommen? Alle anderen psychiatrischen Krankheitsbilder werden in der Gesellschaft sehr viel sachlicher wahrgenommen. Wenn ein Mensch, und sei er auch minderjährig, eine erhebliche Depression oder eine psychotische Erkrankung hat, wird kaum Kritik gegen eine medikamentöse Behandlung geäußert. Auch zweifelt kaum jemand daran, dass es diese Krankheiten gibt. Eher ist es so, dass jeder sich etwas darunter vorstellen kann und generell angenommen wird, dass alle eine ähnliche Auffassung teilen. Vor allem steht außer Frage, dass ein Mensch mit einer derartigen

Krankheit leidet. Bei ADHS ist die Situation grundlegend anders.

Es bestehen also folgende Konflikte im Zusammenhang mit ADHS: Wir sind weit von einem gesellschaftlichen und fachlichen Konsens über die Erkrankung entfernt. Einigkeit über die Behandlung ist nicht abzusehen und im wirtschaftlich notorisch knappen Gesundheitssystem liefern kontinuierlich ansteigende Kosten für die Medikamentenbehandlung bei ADHS immer mehr Anreize für Einsparungsmaßnahmen. Damit ist auf der politischen Seite die Motivation nachvollziehbar, das Krankheitsbild nicht ernst zu nehmen und dessen wissenschaftliche Durchdringung nicht zu priorisieren.

Auf der anderen Seite sind aber auch die Ärzte und Therapeuten und damit die Patienten oder ihre Eltern keineswegs einheitlich in ihrer Einschätzung, wodurch das Krankheitsbild definiert ist und welche Auswirkungen es auf das Leben der Patienten und ihrer Familien hat. In meine kinder- und jugendärztliche Schwerpunktpraxis für ADHS kommen pro Monat mehrere Kinder und Jugendliche zur Erstvorstellung, deren Diagnose bereits in anderen Einrichtungen gesichert wurde. Die schwierigste Frage, die ich diesen Patienten und ihren Eltern stellen kann, ist die folgende: „Was hast du bzw. was hat Ihr Kind eigentlich? Was ist dir bzw. Ihnen vermittelt worden oder was haben Sie aus Büchern oder dem Internet erfahren?“ Kinder und Jugendliche sagen dann häufig: „Ich bin nicht aufmerksam genug und störe immer die anderen.“ Das hört sich an wie ein auswendig gelernter Fragebogen, jedoch nicht so, als ob ein tieferes Verständnis für die eigenen Schwierigkeiten besteht. Und wenn die Kinder besser informiert sind, erklären sie: „Mein Gehirn hat zu wenig Dopamin.“

Häufig gibt es auch kein hinreichendes Wissen über die Konsequenzen der Erkrankung für die Betroffenen. Dabei sind die Folgeprobleme von ADHS katastrophal. Hier sei stellvertretend für alle Untersuchungen die Longitudinalstudie von Brasset-Grundy und Butler (2004) zitiert, weil sie die einzige Untersuchung

dieser Art ist, deren Probanden sicher als medikamentös unbehandelt anzusehen sind. Die Autoren beschreiben, dass schlechter oder kein Ausbildungsstatus, Inanspruchnahme von Sozialhilfe, Scheidung, Sucht, Kriminalität, Depression, Angststörung und Lebensunzufriedenheit bedeutende Spätfolgen sind. Die Milwaukee-Studie von Barkley (2002) kam zu vergleichbaren Ergebnissen für Erwachsene, die als Kinder und Jugendliche nur durchschnittlich drei Jahre vormittags medikamentös behandelt wurden. Zudem wurde von Fossati (2002) veröffentlicht, dass bei Borderline-Syndrom-Erkrankten zu 60% in der Kindheitsgeschichte ein ADHS retrospektiv belegt werden konnte und James veröffentlichte (2004), dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizids um den Faktor 3 höher liegt als in der Normalbevölkerung.

Dass kein Patient genau erklären kann, unter welcher Krankheit er leidet, ist weder ein Fehler der Behandler noch ein Versagen der Wissenschaft. Es besteht bei diesem schweren Krankheitsbild eine große gesellschaftliche und wissenschaftliche Kontroverse, weil es kein allgemeinverständliches Modell und keine umfassende Theorie für diese Erkrankung gibt. So ist die Entstehung der Erkrankung im Individuum weiterhin unklar. Ebenso kann bislang nicht hergeleitet werden, weshalb und in welcher Situation eine bestimmte Therapie, z.B. die tiefenpsychologische Psychotherapie, nur in geringem Maße wirkt.

Es gab in den letzten 50 Jahren verschiedene Modelle und Theorien, die die extreme Vielfalt der Symptome und die zum Teil paradoxen Widersprüche zusammenzubringen versuchten. Sie haben alle die Erkenntnis über ADHS wesentlich vorangebracht, keine der Ausarbeitungen ist aber als allgemeingültig akzeptiert worden. Jensen (1997) und Hartmann (2002) beschreiben die Ursache für die Erkrankung als Folge einer Fehlanpassung. Beide Autoren vertreten die These, dass eine ADHS-Erkrankung bedeutet, hinsichtlich der Hirnfunktion für das Jagen, das heißt für die existenzielle Lebensgestaltung des Menschen vor Erfindung

des Ackerbaus, besonders gut ausgestattet zu sein. Damit ist die Grundausrüstung für das Leben in unserer Kulturgesellschaft um ca. 10.000 Jahre veraltet. Jensen definierte diesen Zustand eher als Nachteil für die heutigen Lebensumstände, Hartmann eher als Erfolgsfaktor. Beiden Autoren gelang es nicht, die Entwicklungsschritte hin zu diesem Zustand zu erklären. Außerdem unterließen sie es, herauszuarbeiten, dass die Beeinträchtigungen, die ADHS mit sich bringt, auch für die Jagd in erheblichem Masse nachteilig sein können. Wer die Jagd auf das Mammut schlecht plant, nicht das optimal entwickelte Jagdgerät hat und niemanden motivieren kann, um mit ihm auf die Jagd zu gehen, steht der wehrhaften Beute ohne Mitjäger, schlecht vorbereitet und untauglich ausgerüstet gegenüber.

Einzelne neuropsychologische Defizite, die bei ADHS-Betroffenen beobachtet werden, wurden zum Kern verschiedener anderer Theorien. Sonuga-Barke (1992) begründete die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Eigenschaft von ADHS-Betroffenen, Belohnung oder Erfolg immer unmittelbar zu erwarten. Die Vermeidung von Umständen, in denen die Belohnung mit Verzögerung eintritt, wird im Englischen als „delay aversion“ bezeichnet. Seine Untersuchungen ergaben, dass ADHS-Betroffene eine derartige Verzögerung in solchen Abläufen geradezu als bedrohlich empfinden. Es konnte bislang nicht schlüssig erklärt werden, weshalb diese Eigenschaft bei ADHS auftritt. Ein Gewinn aus dieser Theorie für die allgemeine Erkenntnis besteht in der Feststellung, dass die Unfähigkeit zu warten, die sich auch in der Impulsivität zeigt, eher ein emotionales Problem ist als ein geistiges oder funktionelles Unvermögen. Zu diesem Zeitpunkt wurde ADHS betont als emotionale Störung wahrgenommen und nicht als kognitives Problem.

Barkley (1997) publizierte seine Theorie der eingeschränkten exekutiven Funktionen als Folge einer mangelnden Hemmung. Sie sieht den ADHS-betroffenen Menschen emotional beeinträchtigt und deshalb benachteiligt, weil

eine kontinuierliche Hemmung von Konkurrenzvorgängen im Gehirn nicht stattfindet, die für seine neurokognitiven Fähigkeiten wie Zeitgefühl, Planungsfähigkeit, Problemanalyse, Kommunikationsfähigkeit usw. notwendig wäre. Zu den Ergebnissen fehlen weitere Befunde, die erklären, weshalb eine Hemmung ausbleibt. Mit diesem Ansatz wird die Beeinträchtigung der Betroffenen viel umfangreicher deutlich als aus den bisherigen Symptomlisten von ICD und DSM. Im Grunde genommen kann man die exekutiven Funktionen als wesentliche Kriterien menschlicher Kulturbefähigung und als Alleinstellungsmerkmale der Hirnleistung des Menschen gegenüber allen anderen Lebewesen verstehen. Weiterhin wird deutlich, dass Wahrnehmung und Reaktion im Gehirn auf unterschiedlichen Ebenen ablaufen können und dass höhere Hirnfunktionen und als deren Ausdruck exekutive Funktionen dann nicht zur Verfügung stehen, wenn die Hemmung von primitiveren Funktionen nicht gelingt. Bezogen auf die bekannten Organisationsebenen des menschlichen Gehirns bedeutet diese Erkenntnis, dass der Mensch dann die eigene Kulturbefähigung uneingeschränkt zur Verfügung hat, wenn seine primitiveren Formen der Hirnaktion hinreichend gehemmt sind.

Van der Meere und Sergeant (1992) entwickelten auf der Basis der Arbeit von Pribram (1975) die Theorie der Statusregulation. Ihr zufolge führt die Unfähigkeit des ADHS-Betroffenen, die Hirnaktivierung, die Abstimmung einzelner Hirnfunktionen und seine Aufmerksamkeitssteuerung den Lebensumständen adäquat anzupassen, zu den Auffälligkeiten der Erkrankung. Eindeutig reproduzierbar war in den Untersuchungen die Beobachtung, dass wenig stimulierende, langsam abfolgende Aufgaben zu einem besonderen Abfall der Leistungsfähigkeit führen, während spannende, schneller verlaufende Aufgaben über einen längeren Zeitraum mit geringer Fehlerrate bearbeitet werden können. In späteren Arbeiten wurden besonders Probleme der Selbstmotivation und der Wahrnehmung und Zu-

ordnung von Belohnung als wesentlich beteiligte Ursache dieser Störungen definiert (Carlson und Tamm 2000). Auch hier ist eine übergeordnete Ursache für dieses Phänomen bislang nicht gefunden worden. Als wesentliches Ergebnis ist festzuhalten, dass ADHS-Betroffene bei vielen Aufgaben nicht in der Lage sind, die Erfolgsdefinition des Aufgabenstellers nachzuvollziehen und deshalb ihre Hirnfunktion häufig nicht auf die von anderen definierte Zielsetzung ausrichten. Im Rahmen dieser Theorie wurde der Begriff Arousel, die Wachheit oder Aktivierbarkeit, geprägt. Während die vorgenannten Untersuchungen generell eine zu geringe Aktivierbarkeit, ein Underarousel, bei ADHS-Betroffenen belegen, zeigte Sonuga-Barke (2002), dass ADHS-Betroffene Aufgaben besonders gut erfüllen konnten, die ein mittleres Arousel zeigten. So bleibt festzuhalten, dass der Aktivierungszustand des Gehirns zu wenig auf gegebene Situationen eingestellt und damit auch die Motivation unangemessen ist. Über die unangepasste Motivationslage können Verbindungen zu der Theorie der Verzögerungsvermeidung von Sonuga-Barke gezogen werden.

Sonuga-Barke (2005) beschrieb seine Drei-Wege-Theorie über die Ursache von ADHS, in der er die bis dato konkurrierenden Theorien der exekutiven Funktion und der Vermeidung von Verzögerung mit der weiterhin beobachteten Zeitwahrnehmungsstörung verband. Weshalb diese drei Wege parallel im Gehirn eingeschlagen werden, konnte bislang nicht belegt werden. Diese Theorie ist sehr wertvoll, weil sie erstmals einen komplexeren Gesamtzusammenhang herzustellen versucht, und vermeidet, einen einzelnen Teilaspekt zur Ursache zu erklären und andere Symptome davon abzuleiten. Aber auch mit dieser Theorie gelingt es nicht, eine grundlegende Ursache für die Erkrankung zu identifizieren.

Sagvolden et al. (2005) aktualisierten ihre dynamische Entwicklungstheorie für ADHS. Grundlage der Theorie ist die Erkenntnis, dass der Erfolg des Lernens davon abhängt, dass die Wiederholung von Reizen innerhalb eines kur-

zen Zeitfensters erfolgt und dass damit eine Verstärkung verbunden ist. Nur so kommt es zu einer Verankerung von Lerninhalten. Unangemessene Reaktionen werden demgegenüber ausgelöscht. Die Hypothese der dynamischen Entwicklungstheorie sagt aus, dass bei ADHS-Betroffenen die Zeitfenster für Verstärkung verkleinert sind, sodass die üblichen Lernvorgänge des Menschen unterbleiben, weil die Zeit bis zur effektiven Wiederholung eines Verstärkers zu groß für das zu kleine Zeitfenster ist. Zudem sind Auslöschungsvorgänge durch Fehler im Dopaminstoffwechsel zu aktiv, sodass Erlerntes vor der Verankerung aus dem Gedächtnis entfernt wird. Diese Theorie zeigt als Einzige eine Möglichkeit auf, wie im lernenden Gehirn das auffällige Verhalten und die verschiedenen Defizite der ADHS-Betroffenen entstehen können und verbindet diese Vorgänge mit den beteiligten Hirnregionen und dem dort ablaufenden Stoffwechsel. Die Autoren können aber ebenfalls nicht schlüssig darlegen, weshalb diese Fehlvorgänge ablaufen. Als wesentliche Kritik wurde wiederholt geäußert, dass die allergrößten Anteile der Theorie in Untersuchungen an Tieren erarbeitet wurden und dass die Reproduktion dieser Ergebnisse für das menschliche Gehirn noch ansteht.

Nach wie vor ist deshalb die diagnostische Herangehensweise, das Vorliegen typischer Symptome zu überprüfen und bei einer hinreichenden Anzahl erfüllter Kriterien und der Möglichkeit, andere Erkrankungen auszuschließen, die Diagnose zu stellen. Dieses Vorgehen ist beschreibend, aber nicht belegend und einer der wesentlicheren Ansatzpunkte für die Zweifel der Kritiker.

Castellanons und Sonuga-Barke (2007) sehen Störungen im Standard-Modus-Netzwerk (default-mode-network) als Ursache für ADHS. Der Standardmodus ist der Ruhezustand des Gehirns, in den es zurückkehrt, wenn keine Aufgaben zu bewältigen sind. Die Theorie geht auf eine Beschreibung dieses Netzwerks von Greicius et al. (2003) zurück. Es besteht aus verschiedenen Hirnarealen, die im Entspan-

nungszustand des Menschen alle zehn Sekunden Signale austauschen. Bei ADHS sind die Netzstrukturen an einigen Stellen unterbrochen. Daraus resultieren unterschiedliche Störungen mit denen die individuell eingeschränkten Fähigkeiten der ADHS-Betroffenen erklärt werden. Damit ist diese Theorie ein Baustein des Gesamtbildes, das die Wissenschaft entwirft, aber keine allgemeingültige Theorie. Eine Angleichung an die Statustheorie des Arouselns steht noch aus.

Gegenwärtig wird die wissenschaftliche Diskussion sehr von den Ergebnissen genetischer Untersuchungen bestimmt. Es gibt mindestens 51 Gene, die mit der Entstehung und Ausprägung der Erkrankung in Verbindung gebracht werden (Brooks et al. 2006). Keines dieser Gene konnte als allein entscheidend identifiziert werden, sodass aktuell eine polygenetische Veranlagung mit Begünstigung oder Verminderung der Ausprägung des einzelnen Genes durch die Lebensumstände der ersten Jahre angenommen wird. Diese Ergebnisse führen nun zu Überlegungen, ob verschiedene Krankheitsbilder isoliert werden müssen, die bislang unter dem Begriff ADHS auftauchen, aber eigentlich eigenständig sind. Es gibt auch im ICD-10 verschiedene Gruppen, die bei ADHS differenziert werden: gemischt hyperaktiv-unaufmerksamer Typ, vorwiegend unaufmerksamer und vorwiegend hyperaktiver Typ (Lehmkuhl u. Döpfner 2002). Aus abgeschwächteren Formen der hyperaktiven Variante entstand die eigene Krankheitsgruppe DAMP (Defizit in Aufmerksamkeit, Motorik und Wahrnehmung) (Gillberg u. Gillberg 1988). SCT (Sluggish Cognitive Tempo – schleppendes Denkt tempo) ist hingegen eine Sonderform der überwiegend aufmerksamkeitsgestörten Form ohne Hyperaktivität (McBurnett et al. 2001; Carlson u. Mann 2000). Zusammengefasst lässt sich also zum gegenwärtigen Stand genetischer Untersuchungen festhalten: Es sind viele Gene bekannt, die potentiell verantwortlich sind, deren exakte Auswirkung aber noch erforscht werden muss und es gibt verschiedene Ausprägungen der Er-

krankung, bei denen ein Klärungsprozess stattfindet, ob es gegebenenfalls auch eigenständige Krankheiten sein können.

Bei dieser Uneinheitlichkeit und der weiter oben beschriebenen, ebenso unübersichtlichen Vorstellung vom Wesen, von der Entstehung der Erkrankung und von der geeigneten Therapie ist die Wahrnehmung der Kritiker, dass die Behandlung ohne klare Entscheidungsgrundlage, sozusagen unbegründet durchgeführt wird, nahe liegend. Sie erfolgt dann letztlich nur, weil sie bei Patienten wirkt, die unbehandelt deutlich beeinträchtigt sind. Diese Therapie geschieht häufig mit Stimulanzien, einer Medikamentenklasse, der zugesprochen wird, wegen vieler bleibender Nebenwirkungen und einem erheblichen Suchtpotenzial gefährlich zu sein. Vor diesem Hintergrund wird von vielen die alleinige Begründung der Anwendung durch die Wirkung nicht akzeptiert. Es ist nachzuvollziehen, dass der fehlende Konsens unter den Wissenschaftlern und Behandlern in Ermangelung einer allgemeingültigen Theorie zu Verwirrung und Unbehagen in der Öffentlichkeit führt, gerade wenn es um eine dauerhafte medikamentöse Behandlung von Kindern und Jugendlichen geht.

Dieses Buch ist entstanden, um eine neue Theorie der Erkrankung ADHS zu vermitteln, die ich im Laufe der letzten fünf Jahre aus der Arbeit als Kinder- und Jugendarzt mit entwicklungs- und verhaltensauffälligen Kindern der Altersklasse 0–18 Jahre entwickelt habe. Das Buch wendet sich zuerst an Ärzte und Therapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln. Damit ist aber keine strikte Abgrenzung beabsichtigt. Vielmehr soll dieses Buch auch ein Orientierungsrahmen für Lehrer, Erzieher und engagierte Eltern sein, die ein grundlegendes Verständnis für das Krankheitsbild aus einer neuropsychologischen Perspektive erhalten möchten.

Folgende Wahrnehmungen führten zu der Suche nach einem neuen Ansatz: Die aktuelle Vermittlung der Erkrankung enthält verschiedene Argumentationen, die so lange bestehen und so häufig wiederholt wurden, dass sie nicht

mehr hinterfragt werden. Damit scheinen viele Fragen beantwortet zu sein. Setzt man sich jedoch mit den Argumentationslinien kritisch auseinander, werden z.T. große Lücken deutlich. Nehmen wir als Beispiel die sozialen Probleme, unter denen viele Betroffene leiden (McQuase u. Hoza 2008). Für diese gilt bislang unwidersprochen die Annahme, dass die erfahrene Ablehnung als Folge ihres impulsiven Verhaltens und der damit verbundenen Störung für Gleichaltrige oder Erziehungspersonen anzusehen ist (Krause u. Krause 2009). Dieser „Leitsatz“ wird von Jahrzehnt zu Jahrzehnt fortgeschrieben, ohne dass hinterfragt wird, ob die soziale Ausgrenzung vielleicht auch eine andere Ursache haben könnte. Diese Annahme setzt voraus, dass schon Kinder z.B. in der Grundschule regelmäßig eine Reaktion auf Störungen zeigen, die der von Erwachsenen entspricht. Ab der zweiten, spätestens ab der dritten Klasse sind viele Schüler jedoch eher von jeder Störung begeistert und schätzen die Abwechslung eher, als dass sie deshalb den verursachenden Mitschüler ausgrenzen würden. Es werden durch das Verhalten des ADHS-Betroffenen vor allem Lehrer, Sporttrainer oder andere Erwachsene gestört. Die Ablehnung durch Erwachsene ist also aus dem Verhalten des ADHS-Kindes abzuleiten, nicht aber die Ablehnung durch Gleichaltrige. Ebenso ist zu hinterfragen, ob die Argumentation zur Motivationslosigkeit als Folge der Aufmerksamkeitsstörung tragfähig ist, die in Punkt 7 des Kernkriteriums Aufmerksamkeitsstörung der ICD-10 enthalten ist. Ein Grundschulkind, das von frühester Kindheit an nicht aufmerksam ist und sich nicht auf von anderen bestimmte Aufgaben konzentrieren kann, erlebt dieses Defizit als Normalzustand. Kann es dann den Normalzustand Aufmerksamkeitsstörung überhaupt als demotivierend empfinden? Oder ist vielleicht die fehlende Motivation eine Ursache für die Aufmerksamkeitsstörung?

Immer wieder drängte sich mir die Wahrnehmung auf, dass die Kernsymptome nicht die Probleme des Betroffenen, sondern die Probleme des sozialen Umfeldes mit dem Betroffenen abbilden. Jede Theorie, die eine sol-

che Basis hat, läuft Gefahr, als Ziel eine optimale Anpassung des erkrankten Menschen an die gesellschaftlichen Ansprüche, eine Zufriedenstellung von Lehrern oder Eltern erreichen zu wollen. Sie definiert jedoch nicht ein Problem des Erkrankten und strebt dessen Lösung an. Auch ist bei den bisherigen Modellen nicht zufrieden stellend geklärt, dass mit der Hyperaktivität und der hypoaktiven, stillen Variante zwei entgegengesetzte Ausprägungen innerhalb eines Krankheitsbildes nebeneinander auftreten, ohne dass dieses Phänomen schlüssig erklärt wird. Eine umfassende Theorie sollte derartige Konflikte auflösen und in die Lage versetzen, stille ADHS-Betroffene mit derselben Sicherheit und Trennschärfe zu erkennen wie hyperaktive. Ein weiteres erhebliches Manko der bisherigen Theorien ergab sich aus der Erkenntnis, dass die bekannten Folgen Sucht, Depression, Kriminalität und Persönlichkeitsstörung nicht aus den aktuellen Beschreibungen ableitbar sind. Ebenso wenig ist bislang erklärt, weshalb das Krankheitsbild vom Vorschulalter bis zum Erwachsensein sein Gesicht grundlegend verändert. Es erscheint nahezu unmöglich, die Entwicklung einer Depression aus einer Hyperaktivität, einer Impulsivität oder einer Aufmerksamkeitsstörung abzuleiten. Eine Theorie sollte diese Zusammenhänge erschöpfend verständlich machen.

Sie sollte vor allem das Leid der Patienten, das mit der Erkrankung verbunden ist, in der aktuellen Situation zweifelsfrei definieren und beschreiben und die Einschätzung des zukünftig zu erwartenden Leides des Patienten ermöglichen.

Einen großen Anteil an der Entstehung der hier vorgestellten Theorie haben eigene Beobachtungen der Entwicklung von ADHS-Kindern von den ersten Lebensmonaten an, die zu der Schlussfolgerung führten, dass diese Kinder sich zu schnell angegriffen fühlen, wo sie nicht angegriffen sind. Das äußert sich in der nahezu ständigen Bereitschaft, Konflikte wahrzunehmen und ihr Verhalten auf die wahrgenommenen Konflikte auszurichten. Häufig besteht z.B. von Seiten der Eltern keine Aggressi-

on, sondern nur die Aufforderung zu einer bestimmten Handlung. Das Kind reagiert aber, in dem es sich sofort konfliktbereit zeigt. Viele ADHS-Patienten zeigen eine sehr schnell aktivierbare Aggression, die sie häufig nicht hinreichend kontrollieren können. Dieses gipfelt bei ca. 20% in einer als Komorbidität eingestuft oppositionellen Verhaltensstörung und bei ca. 10% in einer allgemeinen Verhaltensstörung (Volk et. al 2005). Es gibt zudem einen weitaus höheren Prozentsatz an Betroffenen, die Verhaltensstörungen aufweisen und zu schnell aggressiv sind, deren Verhalten aber nicht die Kriterien einer manifesten Störung erfüllen. Dass diese Aggressivität aus einer Fehleinschätzung der Situation herrührt, wird durch eine Arbeit deutlich, die zeigt, dass ADHS-Betroffene nicht vorsätzlich angreifen, sondern regelhaft die Situation so einschätzen, dass sie sich mit Recht verteidigen. Sie zeigen fast ausnahmslos reaktive und nicht proaktive Aggression (Bennett et al. 2004). Bei stillem ADHS ist die andere Variante häufiger: Das betroffene Kind verhält sich unangemessen stark kooperativ, um eine mögliche Auseinandersetzung nicht stattfinden zu lassen. Die Eltern erwarten in den Auseinandersetzungen mit einem solchen Kind in vielen Situationen das Beharren auf einem Standpunkt, das aber ausbleibt. Gerade in dem Alter der Trotzphase wird dieses Verhalten deutlich, da sie bei diesen Kindern wegen fehlender Auseinandersetzungen quasi nicht stattfindet.

Immer wieder wird der Versuch deutlich, auch durch ein übersteigertes Autonomiebestreben die eigene Sicherheit zu steigern, obwohl niemand die Sicherheit beeinträchtigt. Ein großer Teil der Probleme, die Eltern mit ihren ADHS-Kindern von Anfang an haben, hängt mit diesem Autonomiebestreben zusammen. Viele Entwicklungsstörungen, die bei diesen Kindern zu beobachten sind, sind darauf zurückzuführen. Nur wer in keine Verpflichtungen und Abhängigkeiten eingebunden ist, kann jeder möglichen Gefahr sofort begegnen. Für die hyperaktive Variante, beispielhaft am Kind erläutert, ergibt sich: Den