

ADHS- Unaufmerksamkeit, Hyperkinetik und Impulsivität im Lichte heilpädagogischer Krankheitsbilder

**(ausgearbeitetes Impulsreferat anlässlich der Tagung in der Heilpädagogik tätiger Ärzte in Dornach am 06.03.03)*

In einer aktuellen Übersicht evidenzbasierter Aussagen zur Wirksamkeit verschiedener Therapieformen bei Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (1) haben sich bislang vor allem Verfahren bewährt, die in hohem Maße strukturierende Komponenten beinhalten und intensiv das Umfeld einbeziehen. Der Wirksamkeitsnachweis wird insbesondere für Elternt raining und verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie und im Kindergarten bzw. in der Schule geführt. Könnten so aber nicht auch bewährte anthroposophische heilpädagogische Maßnahmen charakterisiert werden?

Anstatt einen künstlichen Streit um Sternkinder- Originalität versus Ritalin- Behandlung (2) auszutragen, sollten wir uns nicht auf die Qualitäten und Erfahrungen der anthroposophischen Heilpädagogik besinnen? In unseren Heimen für seelenpflegedürftige Kinder und heilpädagogischen Ambulanzen wie Therapeutika waren wir in den letzten 10 Jahren bestimmt nicht untätig bezüglich Kindern mit ADHS und die Ergebnisse können sich sehen lassen! Diesen Eindruck gewann ich jedenfalls nach 10- jähriger Schularzt- Tätigkeit an einer benachbarten Sonderberufsfachschule dadurch, dass viele Kinder, bei denen ich z.T. die Begutachtung für heilpädagogische Förderung wegen ADHS leistete, dann als aufrechte Jugendliche mit gutem Selbstwertgefühl und ohne Depression zu einem ihnen angemessenen Schulabschluss und einer Berufsorientierung kommen. Wir brauchen deshalb dringend haltbare, empirische Untersuchungen, die unsere differentialdiagnostischen und -therapeutischen Interventionen dokumentieren. Dabei genügt es nicht, wenn, wie in dem Buch Henning Köhlers (3) auf rund 300 Seiten Kritik lediglich 10 Seiten Therapie vorschläge aufgelistet werden. Die Fachöffentlichkeit möchte wissen, ob die aus einem ausgeklügelten Klassifikationssystem abgeleiteten therapeutischen Schritte auch stimmen.

Der wissenschaftliche Streit um die Stimulantien- Behandlung scheint zumindest für das Grundschulalter ohnehin beigelegt. Entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaften bleibt es nach einer langen Reihe von Untersuchungen und Interventionen beim Medikament als letzten Mittel (s. Tab. 1). Einzelne Kritikpunkte bleiben dennoch bestehen: Erstens dass die Diagnose zu leichtfertig und einseitig gestellt wird und zweitens dann reflexartig Stimulantien eingesetzt werden. Die Diagnose stützt sich oftmals ausschließlich auf fragwürdige Fragebögen, nach denen auch der Verlauf beurteilt werden soll (vgl. Abbildung Connors-Skala bzw. Döpfner- Fragebogen).

Bereits in einer Mitteilung des unabhängigen Arznei- Telegramm (4/ 96) heißt es: „Zahlreiche Doppelblindstudien von überwiegend kurzer Dauer (im Mittel 7 Wochen) lassen einen Nutzen von Methylphenidat (Ritalin) im Vgl. zu Placebo erkennen. Etwa 70% der Kinder erfüllen Aufgaben, die anhaltende Aufmerksamkeit erfordern, besser. Unter Placebo sind es nur 30% bis 40%. Lernstörungen und Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens lassen sich durch Stimulantien nur marginal beeinflussen. Belege für einen Langzeitnutzen finden wir nicht.“ (4). Bereits in meiner Stellungnahme in der Zeitschrift Erziehungskunst wies ich auf die Nebenwirkungen hin, die gegenüber einem Nutzen des Medikamentes abgewogen werden müssen und hauptsächlich das vegetative System betreffen: „mit Schlafstörung, Angst, Weinerlichkeit, Wachstumsverzögerung, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Auslösung

von Tics und Verhaltenstereotypen sowie erhöhter Krampfbereitschaft ist zu rechnen. Missbrauch und Ab-
-S.2-

hängigkeit scheint weniger ein Problem der Kinder, sondern ein Problem der betreuenden Eltern und Kontaktpersonen zu sein.“ (5).

Wie aber können unsere heilpädagogischen Bemühungen fruchten?

Heilpädagogische Sichtweise (vgl. Abb. A)

In einem beeindruckendem Praxisbericht in dieser Zeitschrift (6) stellte Erika Schöffmann 3 verschiedene Gewichtungen bei unruhigen Kindern fest. Sie bezeichnet diese entweder als vom Bewegungspol überwältigt, oder mit einer Reifungsverzögerung des Lebenssinnes oder massiv überforderte Kinder. Meiner Meinung nach bildet sich unter diesen Leitfragen die Krankheits-Trias Hyperkinetik, Unaufmerksamkeit und Impulsivität ab, die das ADHS ausmachen. Bei genauerer Betrachtung korrespondieren die drei gefundenen Kategorien ebenfalls mit den Krankheitsbildern aus dem heilpädagogischen Kurs, nämlich dem maniakalischen, dem sulfurischen und dem hysterischen Kind. Eine ausführliche Betrachtung der heilpädagogischen Krankheitsbilder nahm ich bereits in meinem Artikel das „zappelige Kind“ in der Zeitschrift Erziehungskunst (7) vor. Nunmehr können wir weitere 10-jährige Erfahrungen beifügen. Für mich erhellte sich die Situation jetzt, wenn ich noch weitere 10 Jahre zurück an die Diskussion um die minimale cerebrale Dysfunktion (frühkindliche Hirnschädigung) bei meinem ehemaligen Lehrer Prof. Lempp denke. Seinerzeit waren Krankheitsbilder extremer motorischer Enthemmung als sog. Postencephalitis noch geläufiger und gingen mit Schwachsinnigkeit einher. Ich selbst erinnere mich an einen Schuljungen, der mit affenartiger Geschwindigkeit auf die Gardinenstange kletterte, niemals still sitzen konnte, die Wände mit Kot beschmierte und bevor man sich´s versah, Seife aß. Von einem solchem extremen Krankheitsbild ausgehend, erscheint es verständlich, auch heute noch, eine Form der Hyperkinetik abzugrenzen, die mit mehr oder weniger ausgeprägter psychomotorischer Retardierung einhergeht und von der Schwachsinnigkeit bis zu einzelnen Teilleistungsstörungen reicht. In diesem Zusammenhang bespricht auch Rudolf Steiner im heilpädagogischen Kurs im Anschluss an das schwachsinnige Kind Heileurythmie-Übungen, für das maniakalische, zur Tobsucht neigende Kind insbesondere in der Übungsreihe M,N,B,P,A,U. (8):

„Dagegen, wenn die Beine gar nicht abwarten, irgendeine Aufforderung sondern immer laufen wollen, dann haben wir im Kinde die Anlage zum maniakalischen. Es braucht sich zunächst nur ganz schwach zu zeigen, aber in den Beinen merkt man das zuallererst. Daher sollte es durchaus auch in den Bereich der Beobachtung fallen, was das Kind sonst mit seinen Beinen und mit seinen Fingern tut. Sehen Sie, ein Kind, welches am liebsten seine Hände und Beine- man kann es auch an den Händen beobachten- auf alles fallen lässt, überall aufliegen lässt, das hat die Anlage zum schwachsinnig werden. Ein Kind, das fortwährend seine Finger bewegt, das alles anfasst, überall mit den Füßen herumschlägt, hat die Anlage, stark maniakalisch zu werden, tobend evtl. zu werden... Das alles weist uns doch eben daraufhin, wie nach beiden Richtungen hin, indem wir die Glieder in regelmäßiger Weise beherrschen lernen, wir dem Schwachsinn und dem Maniakalischen entgegen wirken können.“

Zu Recht verschob sich im Laufe der Zeit das Leitsymptom von der früheren Hyperkinetik nunmehr auf das Kernsymptom der Unaufmerksamkeit. Es wird damit auf einen Zentralbereich heilpädagogischer Betrachtung geschaut, nämlich die Wahrnehmung, die Aufnahme und weitere Verarbeitung innerer oder äußerer Reize über die verschiedenen

Sinnessysteme, einschl. ihrer bewussten oder unbewussten Aufnahme und Speicherung im Kurz- bzw. Langzeitgedächtnis sowie deren produktive und intentionale Aktivierung. Hierzu gab es in der letzten Zeit wesentliche, weiterführende Beiträge von Schmidt- Troschke (9) Pohl (10) und

-S.3-

Steinke (11). Berechtigterweise charakterisiert Frau Schöffmann dieser Störung zugrundeliegend eine Reifungsverzögerung des Lebenssinnes. Zwanglos ließe sich das Leitsymptom der Unaufmerksamkeit dem sulfurischen Kind nach dem heilpädagogischen Kurs S.82 zuordnen. (12):

„nun nehmen wir einen solchen feuerspeienden Berg, ein schwefelhaltiges Kind, das also gewissermaßen in die Willensregion hineinsaugt die Eindrücke, so dass sie sich darin versteifen und nicht heraus können. Diese Erscheinung können wir beim Kinde sehr bald bemerken. Das Kind wird Depressionszuständen unterworfen sein, melancholischen Zuständen. Es quälen diese verborgenen Eindrücke, die da im Inneren sind... Das können wir dadurch, dass wir uns nun bekannt machen mit demjenigen, wovon wir merken, das es beim Kinde mehr oder weniger verschwindet. Und so sollten wir das Kind, das uns entgegen tritt auf der einen Seite mit innerlicher Aufgeregtheit, auf der anderen Seite mit einer gewissen äußeren Apathie, so ins Auge fassen, dass wir uns genau bewusst werden: An was erinnert sich dieses Kind leicht, was lässt es in sein Inneres verschwinden? Dasjenige, was ihm nicht wieder auftritt, sollten wir möglichst in rhythmischer Folge immer wieder und wiederum vor das Kind bringen.“

Therapeutisch erscheinen bewährte Methoden der Heilpädagogik zur Pflege der unteren Sinnen und damit verbunden der Lebensprozesse zunächst grundlegend angebracht, später schlug ich abgeleitet von der Heileurythmie- Übung des Zappeljambus (13) eine kreative, heilpädagogische „jambische Erziehung“ vor. (7). Weiterhin führt Steinke die Bedeutung der Metamorphose der unteren in die oberen Sinne aus (Abb. 2 u. 3). Damit stellt sich die Frage nach den intentional wirkenden Ich- Funktionen. Gehören dazu nicht die Aufgaben der gerichteten Wahrnehmung, des geordneten Gedächtnisses und der besonnenen Wiedergabe? Finden wir nicht auch die Tätigkeit des Ich in der Integration und Bewertung verschiedener Sinneseindrücke wie in seiner physiologischen Funktion z.B. bei der Blutgerinnung oder Blutzucker- Regulation impulsgebend und- steuernd tätig. Somit wirkt es modulierend sowohl auf überschießende Gliedmaßen-Stoffwechsel wie auch Nerven-Sinnestätigkeit. Vielfach werden heilpädagogisch weitergehende Übungen der sensorischen Integrationstherapie vorgeschlagen (14). Der sog. Reizschutz bzw. die medikamentöse Steigerung der Filterfunktion bei der Reizaufnahme erscheint vor diesem Hintergrund lediglich als eine Teilfunktion des gesamten Wahrnehmungsvorganges.

Wenn das Nervensinnessystem also zu schwach ist oder die vielfältigen Reizeinflüsse zu stark, sprechen wir von einer hysterischen Situation. Diese Kinder nennt Frau Schöffmann massiv überforderte durch eine Überreizung im Nerven-Sinnessystem. Als Beispiel nennt sie ein Kind in der Spannung einer unverarbeiteten Beziehungsproblematik seiner Eltern und leitet selbstverständlich begleitende Elternarbeit daraus ab. In grober Näherung lässt sich also sagen, dass das Leitsymptom Impulsivität einer Überforderung des Nervensinnessystems entspringt bei gleichzeitigem Durchschlagen von Willensimpulsen aus dem Stoffwechsel-Gliedmaßensystem. Im Heilpädagogischen Kurs findet sich so auch unter dem „seelischen Wundsein“ eine Stufenfolge zur weiteren neurotischen Entgleisung (siehe Abbildung 4) wenn nicht adäquat heilpädagogisch-psychotherapeutisch reagiert wird über das hysterische Stadium hinaus in das zwanghafte (maskierte Tun) bis zum depressiven (unbewältigte Vorstellungen) bis evtl. schizoiden Spaltungstendenzen der Persönlichkeit. (S. 66): „Es (das

Kind, Anm. des Verf.) spürt einen Schmerz und kann es nicht tun, hat aber statt dessen, dass das Seelenleben ins Tun ausfließt, ein furchtbar starkes Innenleben, vor dem es zurückschaudert (hysterisches Stadium, der Verf.). Es schaudert vor sich selbst zurück. Oder auch, wenn es sich nicht um ein Tun handelt, sondern um ein maskiertes Tun, das im Vorstellungsleben liegt- da lebt nämlich der Wille mit-, wenn es sich um Tun im Vorstellungsleben handelt, wenn Vorstellun-

-S.4-

gen sich entwickeln sollen, so kann es sein, dass die Vorstellungen im Moment, wo sie entstehen sollen, bei gewissen Formen des Krankseins Angst hervorrufen und nicht entstehen können. (zwanhaftes Stadium, der Verf.). Jede solcher Vorstellungen, die im Moment, wo sie ins Bewusstsein kommen, im Moment des Entstehens Angst hervorrufen, jede solcher Vorstellung bewirkt zu gleicher Zeit, dass das Gefühlsleben unter ihr sich entfaltet, die Gefühle schäumen auf, der depressive Zustand beginnt dann immer. (depressives Stadium, der Verf.) Die Gefühle, die von Vorstellungen nicht erfasst werden, sind depressiv.“

Kasuistik

Jasmin ist ein 13- jähriges Mädchen, das sich über ein halbes Jahr in unserer heilpädagogischen Förderung befand. (Als Projekt des heilpädagogischen Seminars Bad Boll an meiner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis) Sie besucht die 5. Klasse einer Waldorf- Förderschule. Aus der Vorgeschichte ergeht eine allgemeine Entwicklungsverzögerung ab dem 2. Lebensjahr mit Sprachverzögerung und Rechenschwäche hervor. Bereits früh erhielt das Kind Ergotherapie, Logopädie und psychomotorische Übungsbehandlung. Wegen zusätzlich weiter bestehendem 2- 3 mal wöchentlichem, nächtlichem Einnässen erhielt das Kind vorübergehend Tofranil ohne wesentliche Besserung. In den 3 vorangehenden Jahren wurde in einer auswärtigen heilpädagogisch- psychologischen Praxis wegen ADS eine verhaltenstherapeutische Behandlung durchgeführt und während der Schulzeit eine Tabl. Ritalin 10 mg morgens gegeben. Bis auf grammatische Fehler sei der Lese- und Rechtschreiberwerb gelungen. Ab und zu lese sie sogar ihrer jüngeren Schwester vor und besucht die Jugendfarm. Das hier abgeleitete EEG zeigte eine allgemeine Verlangsamung als Retardierungszeichen. Kurz vor der Behandlung hier musste Jasmin zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen Tobsuchtsanfällen gebracht werden. Nachdem sich Jasmin in der Schule angeblich erstmalig gegenüber anderen Kindern gewehrt habe, zeigte Jasmin zu Hause einen Wutanfall mit Schreien, habe der Mutter die Brille und das Telefon zerstört. Dabei sei sie persönlich kaum mehr zu erreichen. Immerhin kann sie äußern, dass sie sich innerlich gespannt und traurig fühlt. Da unter einer Steigerung des Ritalin auf 20 mg morgens eher präpsychotisch zu interpretierende Symptome wie fragliche Halluzinationen akustischer Art auftraten und möglicherweise aus diesem Grund erst verstärkte psychomotorische Unruhe erschien, wurde Ritalin abgesetzt und zur Sedierung 2 x 25 mg Promethazin eingesetzt. Der erste Eindruck hier war ein körperlich altersentsprechend entwickeltes, noch präpubertäres Mädchen mit dunkelblondem, lockigem, langem Haar und großem und schlankem Körperbau, schmalen Gesicht und großen Ohren. Korrigierte Kurzsichtigkeit, Kieferkorrektur nachts durch Spange oben und unten. Der Appetit und Schlaf seien gut. In der Gestalt zog sie sich eher scheu zurück und hielt den Kopf und den Blick gesenkt. Gleichfalls ließ sie die Unterlippe hängen. Die Schultern beugte sie vor und ihre langen Beine kreuzte sie nach hinten. Während des Gespräches verhielt sie sich sehr zurückhaltend und schaute hin und wieder scheu auf. Sprach die Mutter ihre Probleme und ihre seelische Stimmung an, so nestelte sie an ihrer Kleidung, an einem Taschentuch oder ihren Fingernägeln. Hierbei rutschte sie auf ihrem Stuhl hin und her und lächelte schüchtern. Es fiel auf, dass sie hin und wieder impulsiv aufschaute, wenn es

um Therapieabsprachen bzw. um ihre Behandlung ging. Ihre Augen schossen regelrecht auf und sie beteiligte sich dann auch an diesem Gespräch. Ihr Interesse ging soweit, dass sie den Terminzettel von der Mutter an sich riss. In der Zeit der Behandlung trat die Menarche erstmals ein.

Bei der motoskopischen Untersuchung zeigte sich noch eine gekreuzte Lateralität sowie Schwierigkeiten in der Raum- Lage- Koordination. Im Mensch- Baum- Test malte das Kind nicht das verlangte Thema, sondern in sehr kindlicher Weise ihr Lieblingsthema, nämlich Pferde, worin sich ihre Eigenwilligkeit oder auch verminderte Auffassungsfähigkeit zeigt.

-S.5-

Szeno- Test: Nach anfänglicher Scheu überwand sich Jasmin schließlich, nahm alle Spielfiguren heraus und reihte diese im hinteren Spielfeld in einer Reihe auf. Sie schaffte es nicht, den Klappstuhl aufzustellen. Dies entspricht einem einfachsten Spielmuster der Reihen- bzw. Häufchenbildung. Die insgesamt 14 Spielstunden waren so aufgebaut, dass sie einerseits Elemente des kognitiven Erlernens, dann aber auch einen rhythmischen Teil hauptsächlich mit Ballspiel beinhalteten und schließlich ein Regeltraining anhand von Gesellschaftsspielen. Begleitend fanden außer der Eingangsuntersuchung ein bilanzierendes Zwischen- und ein Abschlussgespräch mit der Mutter statt. Ohne jegliche Medikation unterblieb mit einem abendlichem Wecken das nächtliche Einnässen. Wutausbrüche traten in bestimmten Situationen zu Hause und in der Schule auf, wobei sich Jasmin dabei tyrannisch und streitsüchtig aufbaut. Wenn ihr Kleinigkeiten nicht passen, regt sie sich furchtbar auf und widerspricht gerne. Sie zeigt eine geringe Frustrationstoleranz. Gegen Ende der Behandlung lässt sich sagen, dass sich ihre Konzentrationsfähigkeiten wie sich z.B. in der Geduld und Ausdauer beim Weben zeigt, kontinuierlich zugenommen hat. Sie schaffte es schließlich, die ganze Stunde hindurch mitzuarbeiten. Auch lässt sie sich leichter helfen und brachte sich in das Geschehen ein. Von Stunde zu Stunde wurde sie aufgeweckter und kam aus sich heraus. Die Mutter berichtete, dass Jasmin in der letzten Woche einen Tobsuchtsanfall hatte, in welchem sie das Schulheft zeriss. Der Grund sei eine Strafarbeit in der Schule gewesen, weil sie dem Lehrer die Zunge herausgestreckt habe. Nach ihrem Toben habe Jasmin das Schulheft wieder neu erstellen müssen. Dies habe sie ohne Kommentar gemacht, obwohl es für Jasmin schwer gewesen sei. Am nächsten Tag hat die Mutter in ihrem Heft eine Entschuldigung für den Lehrer gelesen. Davon habe sie der Mutter nichts erzählt. Die Mutter war stolz auf Jasmin, dass sie dies so gut verarbeitet habe. Es sei das erste Mal so gut ausgelaufen. Es zeigt, dass Jasmin die Tobsuchtsanfälle wenn auch nicht ganz beherrschen, so doch aufarbeiten kann und auch die Eltern ihr Rückhalt geben, in dem sie Jasmin begleitend zur Seite stehen, wobei sie ihre Tochter auch fordern. Weiter zu berücksichtigen in ihrer Unausgeglichenheit ist der aktuelle Pubertätsschritt, der zwar die heftige Auflehnung mit sich bringt, mit der Zeit aber auch die Reifung des Kindes einem entgegen kommt. Konstitutionell käme homöopathisch auch unterstützend Staphisagria D 12 in Frage und wird weiter Heileurythmie gemacht.

Literatur:

- 1., Döpfner/ Lehmkuhl, Evidenzbasierte Therapie
(von Kindern u. Jugendlichen mit ADHS in Praxis der Kinderpsych. S1/2002)
- 2., Das Goetheanum- Zeitschrift 21/2001
- 3., H. Köhler: War Michel aus Lönneberga aufmerksamkeitsgestört? Stuttgart 2002
- 4., Arznei- Telegramm (04/1996) S. 38/39
- 5., Ruckgaber/Zeitschrift Erziehungskunst 03/2000 S. 300- 303
- 6., Schöffmann, E., Zur Phänomenologie des unruhigen Kindes Seelenpflege 04/2000
- 7., Ruckgaber, K.- H.: Das zappelige Kind, Zeitschrift Erziehungskunst 03/1992

- 8., R. Steiner, Heilpäd. Kurs, GA 317, S. 89
- 9., Schmidt- Troschke, S. Aufmerksam unaufmerksam, Med.- Päd.- Konferenz 22/2002
- 10., Pohl, W., ADS- menschenkundlich betrachtet, Erziehungskunst 02/2003
- 11., Steinke, M., Manuskript zur Sinneslehre, Stuttgart 1993
- 12., R. Steiner, Heilpädagogischer Kurs GA 317, S. 82
- 13., R. Steiner, Heileurythmiekurs, GA 315, S. 16
- 14., 4. Treffen der Arbeitsgruppe zur anthroposophischen Kinder- und Jugendpsych. Tagung Herdecke 12./13.05.2001

-S.6-

Autor: Dr. Karl- Heinz Ruckgaber, Arzt f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Filderklinik 70794 Filderstadt, Tel.: 0711/ 7703- 1370, Fax.: 7703- 1380, E- mail: Ruckgaber@filderklinik.de; geb. 1952, verh., 4 Kinder; Medizinstudium in Tübingen, Mitarbeit in sozialtherapeutischen Wohngruppen; wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen (Prof. Lempp) und Promotion über Team- Supervision. Ausbildung in anthroposophischer Kinderheilkunde (Dr. Mittelstrass) und Psychiatrie (Dr. v. d. Heide).

Oberarzt und Leiter der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik.

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie an der Filderklinik.

Verantwortlicher Arzt der Rehabilitationsabteilung für psychisch kranke Jugendliche, Gutenhalde in Filderstadt