

## Alle sprechen von ADS - auch wir

### ADS – stärker verbreitet als bisher angenommen

Nach einer neuen Bevölkerungsstudie mit über 3000 Kindern erfüllen 8,7 Prozent der amerikanischen Kinder im Alter von 8 bis 15 Jahren die klinischen Kriterien einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Arch Pediatr Adolesc Med 161, 2007, 857). Von allen Kindern, die die ADS-Kriterien erfüllten, war bis dahin erst die Hälfte überhaupt erkannt. Die Anzahl der Jungen überwog wie bisher so oft die Zahl der Mädchen. Kinder von Eltern aus dem oberen Einkommensfünftel hatten seltener ADS als Kinder von Eltern aus dem unteren Fünftel.

Nun ist dies nur *eine* Untersuchung, aber frühere Untersuchungen an den Bevölkerungen verschiedener Länder weisen ebenfalls eine Verbreitung von 2 bis 7% auf. Vorausgesetzt wird hierbei eine vollständige Definition von ADS. Wenn man ADS ohne Hyperaktivität und Impulsivität nicht erlaubt, wie die Forschungskriterien des Klassifikationssystem für psychische Störungen ICD 10, käme man auf eine sehr viel geringere Verbreitung. Den Studien liegt entsprechend das DSM IV zugrunde. Unter den untersuchten Bevölkerungen befinden sich auch weniger entwickelte Schwellenländer wie Kolumbien, Brasilien, Puerto Rico oder Bangkok/Thailand. ADS zeigt sich in allen Kulturen.

Allerdings werden in diesen von der Bundesärztekammer (2005) zitierten Untersuchungen häufig auch 15 bis 17-jährige Jugendliche mitgerechnet. Von ihnen wissen wir jedoch, dass sich die Störung in vielen Fällen aufgrund der Pubertätsphase verändert und deshalb nur noch ein bis zwei Drittel Symptome zeigen, wovon etwa nur noch die Hälfte behandlungsbedürftig ist (Wender 2002).

Bis zum Pubertätsalter muss die Verbreitung von ADS, die so genannte Prävalenz, also höher liegen, wie auch die oben erwähnte neuere amerikanische Studie zeigt. Forscher sprechen von einer Bandbreite, die je nach Art der Diagnosestellung schwankt. Nach Paul Wender, einem international renommierten Pionier auf diesem Gebiet, beträgt diese 3 bis 10%. Damit ist ADS die häufigste chronische psychiatrische Störung im Kindesalter.

Im Verhältnis von Jungen zu Mädchen kann zwischen den Untergruppen unterschieden werden. In der Forschung finden wir Angaben von 2:1 für den unaufmerksamen Typus und von 5:1 für den hyperaktiv-impulsiven Typus. Es wird allgemein angenommen, dass bei Mädchen häufiger die verträumte ADS-Variante auftritt. Sie sind in ihrer Betroffenheit insgesamt schwerer zu erkennen.

Wir müssen also davon ausgehen, dass sich in jeder Schulklasse, in jeder Kindergartengruppe und in jedem vergleichbar großen Kindergottesdienst im Durchschnitt ein bis drei betroffene Kinder befinden. Wie Sie vielleicht schon erlebt haben, sind manche von ihnen imstande, eine Gruppe ganz allein aus den Angeln zu heben.

Übrigens führen die Autoren der erwähnten amerikanischen Studie die stärkere Betroffenheit der unteren sozialen Schicht auf dort vermehrt vorhandene Risikofaktoren zurück wie z.B. eine frühe Geburt oder den Kontakt mit Tabakrauch, Alkohol und anderen Genussgiften vor der Geburt und während der Kindheit.

### ADS – schwierigere Entwicklungen als bisher angenommen

Doch längst geht es nicht mehr um ADS allein. Zusätzliche Störungen wie Depressionen, Süchte oder Zwänge sind ins Blickfeld getreten. Diese begleitenden Störungen nennt man Komorbiditäten. Sie sind zu einem eigenen Thema in der ADS-Diskussion geworden.

Etwa 80% der Betroffenen leiden nach einer zusammenfassenden Darstellung der Bundesärztekammer (2005) unter wenigstens einer zusätzlichen Störung, über 60% sogar unter zwei. Komorbiditäten sind damit die Regel, nicht die Ausnahme. Dies soll im folgenden Kasten näher betrachtet werden.

Im Jugendalter erkennen wir drei Gruppen. Nur bei einer verschwinden die Symptome tatsächlich so, wie es früher oft betont worden ist. Bei einer anderen bestehen Symptome weiter und bei der schwierigsten Gruppe bleibt nicht nur die Behandlungsbedürftigkeit, sondern Komorbiditäten kommen hinzu und verschlimmern die Situation erheblich. Es ist also nötig, in differenzierter Weise Einzelschicksale zu betrachten und nicht etwa pauschal von einer Modediagnose zu sprechen.

An den diagnostizierenden Psychiater (und Psychologen) sind nicht allein wegen dieser koexistierenden Störungen hohe Anforderungen an Fachkenntnis und Sorgfalt zu stellen. Der Beratung über mögliche Behandlungsschritte bei zwei oder mehr Störungen kommt oft eine weichenstellende Funktion zu.

### ADS – Untersuchungsergebnisse Komorbidität

Da es unmöglich ist, alle Fakten und Untersuchungen zu nennen und die Angaben teilweise auch variieren, beziehe ich mich in erster Linie auf die von der Bundesärztekammer 2006 überarbeiteten Daten ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) und versuche Ihnen so, einen kleinen Überblick zu ermöglichen. Dabei unterscheide ich Risiken für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Zuallererst zu nennen sind die oppositionellen **Verhaltensstörungen und Störungen des Sozialverhaltens**. Sie werden am häufigsten bei Kindern mit ADS beobachtet. 54-67% der Kinder aus Patienten-Stichproben erfüllen die Kriterien für diese Störungen. Selbst bei annähernd der Hälfte der älteren Jugendlichen (Adoleszenten) finden sich noch Probleme des Sozialverhaltens (Barkley 2003).

**Angststörungen** sind bei 10-40% der behandelten Kinder mit ADS anzutreffen. Im Mittel sind es 25% (Biedermann, Mick, Faraone 2000). Auch in Bevölkerungsstichproben erscheint bei Vorliegen einer ADS-Diagnose das Risiko, an einer Angststörung zu leiden, verdreifacht. Später im fortgeschrittenen Jugendalter findet sich in Langzeitstudien aber kein erhöhtes Risiko für Angststörungen mehr.

**Schwere Depressionen** dagegen treten in Langzeitstudien immerhin bei 26% der jungen Erwachsenen auf.  
**Affektive Störungen:** Zwischen 15 und 75% der betroffenen Kinder leiden an Stimmungsschwankungen.  
**Tic-Störungen** finden sich bei bis zu 18%. Umgekehrt haben Patienten, die unter **Zwangsstörungen** leiden oder unter schweren Tic-Störungen, ein Risiko von im Mittel 48% für das gleichzeitige Vorliegen einer ADS-Störung (Barclay 2003).  
**Suchtrisiko:** ADS-Patienten haben aufgrund ihrer Impulsivität, ihres negativen Selbstbildes und ihrer Neigung zur Selbstmedikation ein deutlich erhöhtes Suchtrisiko, vor allem dann, wenn sie unbehandelt bleiben. Ihr Suchtrisiko wird mit 12-24% angegeben. Noch schwieriger ist es für Betroffene, wenn eine begleitende Beeinträchtigung des Sozialverhaltens vorliegt.  
**Antisoziales Verhalten, Arrestierungen und Gesetzeskonflikte wie Diebstahl, Schlägerei, illegaler Waffenbesitz oder illegaler Drogenbesitz** finden sich leider auch vermehrt in der Entwicklungsgeschichte von hyperaktiven Kindern (Barkley, Fischer, Smallish, Fletcher 2004). Antisoziale Persönlichkeitsstörungen finden sich z.B. in Bevölkerungsstudien in Montreal oder New York bei 23 bzw. 27% der älteren Jugendlichen während diese in nicht von ADS betroffenen Kontrollgruppen nur bei 2-8% vorkamen (Weiss, Trokenberg, Hechtmann 1993 und Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, LaPadula 1998).  
**Unfallneigung:** In einer Untersuchung von Barkley und Mitarbeitern (2003) weisen Kinder mit ADS rund viermal häufiger als nicht betroffene Kinder Unfälle auf, die mit ihrer Impulsivität einhergehen. Vergiftungen treten dreimal häufiger auf. Eltern berichten ebenfalls immer wieder von einer solchen Gefährdung. Hyperaktive Jugendliche neigen später auch im Straßenverkehr zu deutlich vermehrtem Risikoverhalten.  
**Lernstörungen** treten bei Kindern mit ADS häufiger auf. Lese-/ Rechtschreibschwäche bei etwa 10-40%, Rechenschwäche bei etwa 10-33% (Barclay).

### **ADS – mehr innerer Schmerz als bisher gedacht**

ADS sollte man also nicht einfach als Zeiterscheinung abtun. Eine rechtzeitige, auf das Kind zugeschnittene, multimodale Behandlung scheint die einzige Möglichkeit zu sein, um schwer Betroffene vor einem Lebensweg zu bewahren, der in mehrfache psychische Störungen führen kann. Das hat man in der Diskussion der zurückliegenden Jahre nicht so stark im Blick gehabt. Deshalb möchte ich es hier herausstellen. Es verleiht der Notwendigkeit, sich mit dem Thema ADS genauer zu beschäftigen, ein nicht ignorierbares Gewicht.

Angesichts der Aussichten für nicht wenige Betroffene sollte uns das abwehrende Wort von der "Modediagnose" nicht so leicht über die Lippen kommen, auch wenn es tatsächlich leichtfertige Diagnosen gibt. Handelt es sich bei diesem Bagatellisieren nicht eher um einen Abwehrreflex, damit man sich mit den dahinter liegenden Problemen Einzelner und letztlich unserer ganzen Gesellschaft nicht wirklich befassen muss? Es geht um Kinder und Jugendliche, die oft zu wenig Verständnis und zu wenige Nischen in unserer Gesellschaft finden. Kinder, die unter unserem gesellschaftlichen Leistungs- und Konformitätsdruck leiden und einen inneren Schmerz der Ablehnung entwickeln, wenn nichts für sie geschieht. Einige scheinen es nie zu schaffen, diesen Schmerz zu bewältigen. Andere finden einen Weg, z. B. im Gebet loszulassen und Frieden zu empfangen.

#### ***An alle sorgenvollen Eltern:***

Auf der anderen Seite stehen mir sensible Mütter und Väter vor Augen, die sich viele Sorgen um ihre Kinder machen, Sorgen, die sich nahezu immer als unzutreffend erweisen. Wenn sie von einer neuen Auffälligkeit hören, denken sie schnell, dass ihr Kind „es“ haben könnte. Wenn sie von einer neuen Behandlungsmethode erfahren, meinen sie, dass ihr Kind etwas verpassen könnte. "Worunter leidet Ihr Kind eigentlich?", fragte ich eine umtriebige Mutter, die mit ihrem Kind schon viele Behandlungen aufgesucht hatte. "Hmmm, eigentlich unter nichts", antwortet sie. "Und warum machen Sie das alles?", wollte ich wissen. „Darüber muss ich noch nachdenken.“

Wie wir wissen, hat nicht jedes dynamische oder langsam-verträumte Kind ADS. Unkonzentriertheit, Impulsivität oder Lebhaftigkeit sind bis zu einem gewissen Grad Bestandteil der Normalität. Es geht bei der psychischen Störung ADS um die Spitze des Eisbergs, eben diese genannten 3 bis 10% und davon ist nur ein kleiner Teil gefährdet, später Depressionen, Süchte oder schon bald antisoziale Auffälligkeiten zu entwickeln.

Damit Sie persönlich über die Lage Ihrer Kinder (oder Ihre eigene) mehr Klarheit finden können, brauchen Sie vor allem ausgewogene Informationen und eine solide, kompetente Diagnostik sowie auch eine umsichtige Beratung. Hierbei kann herauskommen, dass Ihr Kind nicht oder nur leicht betroffen ist. Erfahrene Diagnostiker können dies besser unterscheiden als unsichere.

#### ***An alle sorglosen Eltern:***

Wer sich ständig Sorgen macht, macht sich sicherlich zu viele Gedanken. Wer sich aber über seine Kinder kaum Sorgen macht, der macht sich zu wenig Gedanken. Hierbei habe ich Eltern vor Augen, denen andere wohlmeinend zureden und es „juckt“ sie nicht. Ihre Kinder sind nicht betroffen, weil sie nicht betroffen sein dürfen. Sie dürfen nicht betroffen sein, weil die Eltern nichts unternehmen wollen. Sie wollen nichts unternehmen, weil sie sich so vor Stress und Scham schützen können. Aus diesen oder anderen Gründen kümmern sie sich nicht, ja hören nicht einmal richtig zu. Das erkennen sie oft nicht bewusst.

Die Zahlen über ADS und Verhaltensstörungen, Ängste, Lernstörungen usw. können Sie aufrütteln und Ihnen zeigen, dass es um etwas Zentrales geht, etwas womit man nicht spaßen kann. Wer wünscht seinem Kind schon eine Suchtkarriere oder Gesetzeskonflikte? Hierdurch werden auch hartnäckige Weggucker herausgefordert, sich ernsthaft mit ADS zu befassen. Wie kann ich wissen, ob mein Kind stark betroffen und gefährdet ist? Wie können andere oder

ich selbst helfen? Die Antworten kann ich mir nicht selber geben. Dazu brauche ich Fachleute. Ich würde mein kaputtes Auto ja auch nicht zum Bäcker bringen. Oder meinen defekten Fernseher zum Pfarrer. Kinder sind wichtiger als Fernseher oder Autos. Wir sollten sie das spüren lassen und uns um sie kümmern, solange es noch möglich ist. Entscheiden tun wir dann immer noch selber - wie in der Autowerkstatt - welches Teil eingebaut wird und welches nicht. Auch später können wir jederzeit entscheiden, ob wir eine begonnene Behandlung fortsetzen wollen. Klarheit bekommen wir aber erst beim Fachmann. Verlieren können Sie dabei nicht - oder?

### **ADS – die erfreulich andere Seite**

ADS ist nicht nur mit den Augen eines Mediziners als Störung zu sehen. Es ist weit mehr: eine andere Art der Wahrnehmung von Menschen, die Jäger und Sammler in einer Zeit der niedergelassenen Farmer sind (Thom Hartmann). Das gewisse Etwas haben Hallowell und Ratey beschrieben. Mit den Augen eines Christen lässt sich erkennen, dass Gott in jeden Menschen etwas hineingewoben hat (Psalm 139). Diese von Gott hineingewobenen Gold- und Silberfäden gilt es für uns zu entdecken.

Zu ihren ganz großen Stärken gehört die Fähigkeit, sich auch über die Maßen konzentrieren zu können, wenn sie von einer Sache überzeugt oder begeistert sind (hyperfokussieren). Hinzu kommen in diesem Falle ihre Hartnäckigkeit und ihr Durchhaltevermögen. Dann wäre insbesondere ihre Kreativität, Flexibilität und Spontaneität zu nennen. Auch Gutmütigkeit und Hilfsbereitschaft gehört in der Regel zu ihrer anfänglichen Grundausstattung sowie Freundlichkeit und Charme. Ihre Begeisterung kann andere leicht anstecken und ihre Sensibilität in vielen Beziehungen und sogar Berufen sehr hilfreich sein.

Wenn Menschen mit ADS so viele Stärken haben und sich in bestimmten Situationen so exzellent konzentrieren können, darf man dann überhaupt pauschal von einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung sprechen? Ich glaube das wird ihnen nicht gerecht. Wir sollten eher von einer Aufmerksamkeitsinkonsistenz sprechen bzw. von fehlender Motivation für bestimmte Dinge.

Wenn Gott etwas in sie hineingelegt hat, was andere so nicht mitbringen, kann es dann nicht sein, dass Gott diese unterschiedlichen Arten des Konzentrationsverhaltens gewollt hat? Sicherlich ist im Sündenfall vieles bis ins Krankhafte pervertiert worden, aber eine ursprünglich gewollte Bandbreite an Aufmerksamkeitsverhalten ist zumindest vorstellbar.

### **ADS – auch ein Ruf an unsere Gesellschaft**

Lässt sich diese Bandbreite in unserer Gesellschaft aber noch leben? Ist nicht inzwischen eine Grenze überschritten, wo zuviel Zwang zur Konformität z.B. in unserem Schulwesen herrscht? Leistung und Gleichklang wird eingefordert. Nun hat jedes Kind sicher etwas, wofür es sich motivieren lässt. Dies muss aber herausgefunden werden. Um Kinder verstehen zu können und Nischen für sie zu finden, sind gute Beziehungen nötig. Diese gehen allzu oft in der ökonomisch geforderten Stromlinienförmigkeit unter. Eltern, denen es im Übrigen an grundlegender erzieherischer Kompetenz mangeln kann, berichten dann, dass ihre Kinder früher bei einem bestimmten Lehrer keine Schwierigkeiten hatten, eine gute Beziehung war der Schlüssel. Doch die bleibt oft die Ausnahme, selbst wenn die Lehrer es eigentlich wollen. Bewundernswert finde ich die Lehrkräfte in unserer Fortbildung zum ADS-Trainer. Sie machen das freiwillig an Wochenenden! Ihnen liegen diese Kinder sichtlich am Herzen.

ADS ist auch ein Hilferuf oder besser ein Schrei an unsere Gesellschaft. Die Mitte ist uns verloren gegangen. Uns fehlt die innere Ruhe.

Wenn wir in der Lage wären, mehr auf diese Kinder einzugehen, müssten trotz unstrittig vorhandener Disposition nicht alle auffällig werden. Wir sollten ihnen Räume schaffen, ihre Andersartigkeit zu leben und ihre Stärken vermehrt einbringen zu dürfen. So gesehen muss das ADS-Problem in Zukunft gar nicht immer stärker werden und demnächst weder bei 8,7 noch bei 10% oder gar bei 15% aller Kinder liegen.

### **ADS und der Friede Christi**

Kinder, Jugendliche und Erwachsenen mit ADS leiden häufig unter innerer Unruhe. Manche Jugendliche waren zuvor hyperaktive Kinder, jetzt ist die Unruhe nur noch innerlich zu spüren. Einige geraten in die Gefahr, sich selbst zu medikamentieren und zu Drogen zu greifen. Sie sind bei einem erfahrenen Arzt besser aufgehoben. Was aber hilft aus christlicher Sicht?

Der Friede Christi ist sicherlich ein Schlüssel! Er ist nicht bestimmten Menschen vorbehalten, sondern für alle am Kreuz erkämpft. Auch Menschen mit ADS sind darin eingeschlossen. Uns ist sogar zugesagt:

*Und der Friede des Christus regiere in Euren Herzen, zu dem ihr auch berufen worden seid in einem Leib; und seid dankbar.*  
(Kol.3,15)

Drei Aussagen:

1. Der Friede Christi soll in unserem Herzen wohnen, sogar regieren, d.h. wörtlich auch Schiedsrichter sein oder entscheiden.
2. Wir sind dazu berufen - gemeinsam als Glieder eines Leibes.
3. Dies ist mit Dankbarkeit verbunden.

Menschen mit ADS haben es manchmal sehr schwer. Wollen sie in die Gegenwart Gottes kommen und die Stille genießen, stoßen sie oft genug an die Grenzen der Ablenkung, der Unkonzentriertheit und des Wegträumens.

Manchmal scheint es mir, als wenn nicht nur sie , sondern unsere ganze Gesellschaft unter einer Art Aufmerksamkeitsdefizit leidet. In der Hektik des Alltags und in einem beschleunigten Freizeitverhalten geht die Stille, die Mitte und die Konzentration auf das Wesentliche verloren – bei Christen wie Nichtchristen.

Lassen wir uns neu rufen – hin zum Frieden Christi! Hier sind Menschen mit ADS wiederum im Vorteil, denn wenn sie für etwas begeistert sind, dann oft mit ganzem Herzen und mit einer Konzentration, die über die Maßen auf eine Sache oder Person ausgerichtet sein kann. Könnte diese Person nicht auch Jesus Christus sein?

Joachim Kristahn  
joachim.kristahn@ignis.de