

A

Abendstunde und Zubettgehen

Irrtümer

1. *»Kinder brauchen viel Schlaf!«*
Stimmt nur teilweise. Es gibt riesengroße Unterschiede: Der eine Säugling schläft 18 Stunden am Tag, der andere nur 12. Beides ist normal. Das gilt auch für spätere Altersstufen. Je älter und selbstständiger ein Kind ist, umso weniger Schlaf braucht es.
2. *»ADHS-Kinder brauchen genauso viel Schlaf wie andere Kinder!«*
Diese Aussage ist falsch, ADHS-Kinder brauchen von klein auf weniger Schlaf als andere Kinder!
3. *»Das Kind erholt sich nicht genügend, wenn es nach dem Zubettgehen noch längere Zeit wach bleibt!«*
Richtig ist: Das Kind, das ohne Schlaf im Bett liegt, erreicht 75 % des Erholungswertes, den es im Schlaf hätte.

4. *»Das Kind soll zu einer Zeit ins Bett gehen, die in der jeweiligen Altersstufe üblich ist!«*
Dieser Ansatz ist falsch. Führen Sie besser ein Schlaftagebuch. Tragen Sie vier Wochen lang die Schlaf- und Wachzeiten Ihres Kindes ein. Nur so können Sie feststellen, ob Sie Ihrem Kind zu viel oder zu wenig Schlaf verordnen.
5. *»Nach einer Fernsehsendung findet das Kind besser in den Schlaf!«*
Das mag für Erwachsene gelten, gilt aber nicht für Kinder, ausgenommen vielleicht die Sendung mit dem Sandmännchen. Alle Arten von Fernsehsendungen erregen die kindliche Fantasie und bremsen den Schlaf aus.
6. *»Das Kind ist lästig oder boshaft, wenn es am Abend Angst vor dem Einschlafen äußert!«*
Das ist falsch, denn wenn der Verstand zunimmt, wachsen auch Gefahrenbewusstsein und Unsicherheit. Die Urangst vor der Dunkelheit und dem Alleinsein kommt hoch. Das Kind braucht jetzt Nähe, Halt und Sicherheit.
7. *»Das Kind muss ein bestimmtes Einschlafritual einhalten!«*
Besser ist es, wenn Sie verschiedene Rituale anbieten und das Kind selbst entscheiden lassen, welches Ritual es haben möchte. Besonders hilfreich ist ein Ritual, welches das Kind selbst entwickelt.
8. *»Es ist gleichgültig, wenn die Einschlafzeiten wechseln!«*
Diese Behauptung ist falsch, denn für Kinder sind gleichbleibende Schlafenszeiten wichtig. Sie geben Sicherheit!
9. *»Kinder sollen allein mit ihren Problemen fertig werden!«*
Schon Kleinkinder, erst recht Schulkinder, brauchen im Abendritual die Möglichkeit, von ihren Tageserlebnissen zu erzählen, deshalb ist diese Aussage falsch. Kinder brauchen vor dem Einschlafen eine seelische Entrümpelung durch das Gespräch mit den Eltern.
10. *»Auch in der Pubertät brauchen die Kinder viel Schlaf!«*
Die Neurobiologie der Pubertät spricht gegen diese Behauptung: Das Hormon Melatonin, das den Schlaf anstößt, wird in der Pubertät mit einer Verspätung von rund zwei Stunden freigesetzt! Daher ist das Kind in der Pubertät um 22 Uhr noch munter!

Hilfreich

1. Regelmäßiger Tageslauf
2. Vor dem Einschlafen kein Fernsehen, PC/Laptop, Tablet, Smartphone etc.

3. Schlaftagebuch
4. Einschlafritual (Vorlesen, erzählen, erzählen lassen, singen, beten, kuscheln)
5. Kuscheltier
6. Schlafsack
7. Individuelle Einschlaf- und Schlafzeiten
8. Ruhe im Haus
9. Kein Licht
10. Nicht dauernd nachschauen
11. Nasse Socken (► Kasten Praxistipp)
12. Punkteplan
13. Morgenmuffeluhr (JAKO-O, ca. 39,95 Euro)

Praxistipp: Nasse Socken als Einschlafhilfe

So wird es gemacht:

- ◆ Ein Paar dünne Socken in kaltes Leitungswasser tauchen,
- ◆ Socken gut auswringen,
- ◆ dem Kind über die Füße ziehen.
- ◆ Darüber kommen ein Paar dicke Baumwollsocken
- ◆ und ein Paar Wollsocken.
- ◆ Dann ab ins Bett!
- ◆ Alle Sockenschichten bleiben bis zum nächsten Morgen an den Füßen!
- ◆ Die dünnen Baumwollsocken innen sollten jetzt trocken sein.

Wirkung:

Dem erregten Körper wird durch die Feuchtigkeit Wärme und Erregung entzogen. Das dämpft den Kreislauf, entspannt das vegetative Nervensystem und fördert den Schlaf.

Achtung für Menschen mit ADHS

Immer wieder tauchen in den Medien Berichte auf, die den Eindruck vermitteln, dass das ADHS (= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne oder mit Hyperaktivität) eine sehr schlimme Störung sei. Und noch schlimmer sei

es offenbar, diese Störung, die seit Jahren in der Fachwelt ein anerkanntes Krankheitsbild ist, mit den Möglichkeiten der modernen Heilkunde multimodal zu behandeln. Beide Eindrücke sind falsch!

Wer mit ADHS-Persönlichkeiten näher in Berührung kommt, lernt sehr bald deren besondere und wertvolle Eigenschaften schätzen. Sie sind hellwach, fantasievoll und neugierig. Sie schauen mit Vorliebe hinter die Dinge. Sie sind Querdenker. Sie sind nicht immer einfach, aber sie sind immer für eine überraschende Lösung gut. Sie sind redegewandt, mutig und hilfsbereit bis zur Selbstaufgabe. Sie beobachten scharf und entscheiden schnell. Sie sind die geborenen Tüftler, Forscher und Entdecker. Die Menschheit verdankt ihnen wahrscheinlich die meisten Entdeckungen und Erfindungen dieser Welt. Sie machen den Weg frei!

Voraussetzung für ein erfülltes Leben der Menschen mit ADHS ohne Abgleiten in die Depression, Aggression oder Dissozialität ist allerdings, dass ihnen in Kindheit und Jugend genügend Bewegungsfreiheit gewährt wird, und dass sie eine gleichzeitig liebevolle und konsequente Führung erfahren. Sie dürfen nicht allein gelassen werden mit Forderungen, die ihrer seelischen Reife nicht angemessen sind (Stichworte: Hausaufgaben-Wochenplan – für den ADHS-Schüler eine Überforderung! Oder: »Du musst doch alleine können!«). Sie müssen vor einem Medienmissbrauch geschützt werden. Eine Fehlverdrahtung ihres unfertigen Gehirns könnte andernfalls die Folge sein. Und natürlich haben sie, wenn dies nötig ist, im Rahmen einer multimodalen Therapie Anrecht auf Ersatz des nicht ausreichend vorhandenen Botenstoffes Dopamin durch Methylphenidat (z. B. Medikinet®). Dem Menschen mit Sehschwäche wird auch nicht die Brille vorenthalten!

Es gibt herausragende Beispiele dafür, dass unter diesen Voraussetzungen ein erfülltes Leben, reich an Liebe, Leistung, Kultur und Kunst, möglich ist. Albert Schweitzer, der Urwaldarzt, Theologe, Musiker und Nobelpreisträger, und Wolfgang Amadeus Mozart, das musikalische Genie, waren ADHS-Persönlichkeiten. Schweitzer wurde im Gymnasium erst durch einen einfühlsamen Lehrer auf einen sicheren Weg geführt, nachdem zuvor der Schuldirektor seinem Vater geraten hatte, den Sohn wegen Unaufmerksamkeit und Träumereien von der Schule zu nehmen (Steffahn 2000). Mozart erlebte unter der strengen Hand seines Vaters eine zwar schwere, aber störungsarme Jugend.

Es gilt, den wertvollen Charakter und die hohe Leistungsfähigkeit der ADHS-Persönlichkeit zu erkennen, zu achten und zu fördern!

ADHS, Kurzfassung

Die vier Formen

1. Hyperkinetisches Syndrom (HKS), »Zappelphilipp«
 - überstarker Bewegungsdrang
 - überschießende, ungesteuerte Impulsivität
 - verkürzte Aufmerksamkeit und Ausdauer
2. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität, »Hans-guck-in-die-Luft«
 - lebhaft, aber keine überstarke Unruhe
 - überschießende, ungesteuerte Impulsivität
 - verkürzte Aufmerksamkeit und Ausdauer
 - gute soziale Eingliederung
3. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, hypoaktive Form, »Traumsuse«
 - langsam, verträumt, ängstlich – keine überstarke Unruhe
 - statt Ausrasten eher beleidigt, starke Stimmungsschwankungen
 - verkürzte Aufmerksamkeit und Ausdauer
 - schlechte soziale Eingliederung
4. Hyperkinetisches Syndrom mit dissozialen Störungen, »Max und Moritz«
 - nahezu unerschöpflicher Bewegungsdrang
 - überschießende, ungesteuerte Impulsivität, oft aggressiv
 - verkürzte Aufmerksamkeit und Ausdauer
 - frühzeitig dissoziales Verhalten
 - schlechte soziale Eingliederung

Neurophysiologie

Gestörte Filterleistung für Aufmerksamkeit, Impulssteuerung und Planung. Zugrunde liegt eine Stoffwechselbesonderheit mit einem Mangel an dem Botenstoff Dopamin.

Ursache

ADHS ist zu 80 % erblich.

Multimodale Behandlung (Behandlung mit Therapiebausteinen)

1. Struktur
2. Bewegung, Sport
3. Verhaltenstherapie
4. Gruppentraining für Eltern oder betroffene Erwachsene
5. Medikamentöse Behandlung, Ersatz des Botenstoffs Dopamin (Neurotransmitterersatz)

ADHS – Eine Stoffwechselstörung des Gehirns

Immer wieder tauchen in den Medien Berichte auf, in denen ADHS als eine umweltbedingte Störung dargestellt wird. Daraus ziehen Journalisten den Schluss, dass die Störung durch Veränderung der Umweltbedingungen, wie mangelhafte Zuwendung, Medienmissbrauch oder schulische Überforderung, beseitigt werden könne. Gerne wird dann das Totschlagargument eingesetzt, dass Ärzte die Kinder und Jugendlichen mit synthetischen Drogen vollpumpen, statt ihre Lebensverhältnisse zu verbessern.

Die wissenschaftlichen Forschungen der letzten Jahre haben zu anderen Ergebnissen geführt. Der Dopamin-Mangel im Gehirn, der bei Personen mit ADHS nachweisbar ist, gilt heute als Ursache für die Aufmerksamkeits- und Impulssteuerungsschwäche bei ADHS. Botenstoffe oder Neurotransmitter sind zuständig für die Übermittlung von Nachrichten von einer Nervenzelle zur anderen. Der Botenstoff Dopamin ist wesentlicher Bestandteil der Regelungsvorgänge im Stirnhirn bei Aufmerksamkeit, Handlungsplanung und Impulssteuerung. Es liegt demnach eine Stoffwechselstörung des Gehirns vor, ähnlich dem Insulinmangel bei Diabetes oder dem Mangel an Schilddrüsenhormon bei einer Hypothyreose.

Die Behandlung ist multimodal. Das bedeutet, dass individuell unterschiedliche Behandlungsbausteine hinter- oder nebeneinander eingesetzt werden. Diese Bausteine sind: Eltern- und Lehrerberatung, Gespräche mit Kinder und Jugendlichen, Sport, Verhaltenstherapie, Elternttraining und Substitutionsbehandlung. Von großem Nutzen sind die fortlaufende Elternberatung und das Elternttraining. Diese Form der Behandlung ist sicher frei von Nebenwirkungen und steht in der Erfolgsrate gleich hinter dem Medikament.

Wichtig ist, dass die Verhaltenstherapie allen ADHS-Familien zugutekommt, unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit.

Ein Wort zum Medikament: Die Hirnforschung hat ADHS als eine Stoffwechselstörung des Gehirns mit einem Botenstoff-Mangel erkannt. Es leuchtet ein, dass ein Mangel ausgeglichen werden muss. Auch andere Stoffwechselstörungen werden zum Ausgleich des zugrundeliegenden Mangels medikamentös behandelt, z. B. durch die Gabe von Insulin bei Diabetes oder eines Antikonvulsivums bei Epilepsie.

In der Medizin dürfen nicht ideologische, sondern es müssen naturwissenschaftliche Vorstellungen die Richtung bestimmen.

ADS: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ohne Hyperaktivität (»Hans-guck-in-die-Luft«)

Symptome

Bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz hat das Kind oder der Jugendliche eine Aufmerksamkeitsspanne, die unter dem Altersdurchschnitt liegt. Besonders deutlich wird die schlechte Aufmerksamkeit bei Arbeiten, die längere Zeit andauern und als »Pflichtaufgaben« angesehen werden. Neigungsarbeiten hingegen werden schnell und konzentriert erledigt. Das Kind oder der Jugendliche ist ideenreich, fantasiebegabt und redegewandt. In der Schule gelingen mündliche Leistungen meistens besser als schriftliche. Weitere Zeichen sind erhöhte Ablenkbarkeit, unterentwickeltes Ordnungsgefühl und gelegentlich Ausrasten. Die sozialen Beziehungen sind zumeist gut bis sehr gut. Nicht selten werden diese jungen Menschen zu Klassensprechern gewählt. Hyperaktivität ist nur schwach ausgeprägt. Charakteristisch ist die seelische Reifungsverzögerung: Weitsicht, Umsicht, Einsicht, Rücksicht, Pflichtgefühl und Planung sind zwei bis fünf Jahre hinter dem chronologischen Alter zurück. In der Pubertät muss mit einer Verstärkung der Symptome gerechnet werden, etwa ab dem 20. Geburtstag mit einer Abschwächung. Bei mehr als 60 % der Betroffenen sind auch im Erwachsenenalter noch Symptome vorhanden.

Neurophysiologie

Im Stirnhirn liegt das Zentrum für Aufmerksamkeits- und Impulssteuerung. Das Zentrum arbeitet nach dem Grundsatz der Reizschwellenanpassung. Die Reizschwelle wird herabgesetzt bei Reizen, die für eine Leistung wichtig sind. Diese Reize werden verstärkt und beschleunigt weitergeleitet. Andere Reize, die für die augenblickliche Leistung keine Bedeutung haben, werden durch Anhebung der Reizschwelle herausgefiltert. Die Anpassung der Reizschwelle vollbringt das Gehirn mithilfe von Botenstoffen bzw. Neurotransmittern. Beim ADHS/ADS stehen nicht genügend Botenstoffe zur Verfügung.

Dadurch ist die Filterleistung gestört. Die Reizschwelle bleibt für alle Umwelteindrücke und Assoziationen niedrig. Die Folge: Alles schwappt über die Schwelle. Damit ist dem Gehirn die Unterscheidung zwischen wichtig und unwichtig nicht mehr möglich. Es muss auf alle Reize gleichwertig antworten, kann nicht mehr ordnen und nicht mehr ausdauernd bei einer Sache bleiben. Der Mensch ist extrem reizoffen und ablenkbar. Er lebt nur im Hier und Jetzt.

Ursachen

Das ADHS/ADS geht zu 75 % auf erbliche Grundlagen zurück. Es gibt jedoch nicht ein ADHS-Gen als Ursache, sondern mehrere. Das erklärt, warum so viele unterschiedliche ADHS-Formen vorkommen.

Der Erbträger ist zumeist ein männliches Mitglied der Familie. Zusätzliche Umstände, wie Rauchen in der Schwangerschaft, Früh- oder Spätgeburt, Erziehungs- und Ernährungsfehler, Bewegungsmangel, Medienmissbrauch sowie familiäre Konflikte können erschwerend hinzukommen.

Behandlung

1. strukturierte Erziehung
2. Sport
3. zucker- und phosphatarmer Mischkost
4. Mediengebrauch in altersentsprechendem Maß
5. Heilpädagogische Entwicklungsförderung nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten
6. Gruppentraining für Eltern

7. Ersatz des fehlenden Botenstoffs Dopamin durch einen pharmazeutischen Nachbau (Neurotransmitterersatz)

Aggressives Verhalten

Neurophysiologische Grundlagen

Ist die Hirnreifung eines Menschen verzögert, aus welchem Grund auch immer, so ist in erster Linie das Stirnhirn betroffen. Im Stirnhirn werden Aufmerksamkeit, Planung und Gefühle (Emotionen) gesteuert. Ist dieser Hirnanteil nicht altersentsprechend entwickelt, sind Schwächen bei seinen Leistungen zu erwarten. Die Störung der Gefühlsregulation entsteht dadurch, dass die Bremse zwischen dem Ort der Gefühlsentstehung (Limbisches System) und dem Stirnhirn nicht ordentlich arbeitet. Menschen ohne diese Bremse fühlen und handeln stürmischer als andere Menschen. Sie nehmen bei Erregung die Realität entweder gar nicht wahr oder nur durch einen Nebel. Die wissenschaftliche Bezeichnung für dieses Phänomen lautet *Impulssteuerungsschwäche*.

Zur Impulssteuerungsschwäche gehören eine schlechte Kontrolle des inneren Antriebs, Distanzlosigkeit und die mangelhafte Fähigkeit, aus Fehlern zu lernen. Erlebniswelt und Verhalten spielen sich auf einer Entwicklungsstufe ab, die bei Kindern und Jugendlichen drei bis fünf Jahre unter dem chronologischen Alter liegt. Ferner kann der reifungsverzögerte Mensch sich selbst und seine Wirkung auf andere nicht richtig einschätzen. Es fehlt ihm der *Rückspiegel*, mit dem üblicherweise soziales Verhalten gesteuert wird. Die innere Zensur fällt damit fort, Ärger und Wut brechen aus den tiefen Schichten bis ins Großhirn durch, der Mensch rastet aus und wird aggressiv.

Maßnahmen der Stufe 1:

Wortreiche Beschwichtigungen bremsen die Erregung keineswegs, sondern verstärken sie! Erklärungen und Diskussionen sollen daher gar nicht erst versucht werden. Zu *Bremssignalen* werden hingegen eine erhobene und gespreizte Hand, eine tiefe Stimme, ein entschlossener Gesichtsausdruck und einige wenige Worte, die am besten mit »Halt!« beginnen. Sie können das Signalwort »Halt« auch auf eine große Tafel malen und diese Tafel bei Bedarf hochhalten.

Maßnahmen der Stufe 2:

Bei älteren Kindern und Jugendlichen hilft oft der *Notfallbeutel*: Er enthält zwei kleine Kieselsteine oder eine kleine, harte Bürste oder eine Chilischote. Bei überschießender Erregung drückt der Betroffene die Kieselsteine oder die Bürste mit der Hand fest zusammen oder beißt in die Chilischote. Die Schärfe der Chilischote löst im Gehirn über eine Schmerzreaktion die Ausschüttung von Endorphinen aus. Endorphine führen zur Entspannung. Ähnlich wirkt z. B. die *Beißkette* »ChewEase Kau/Beißset« (22,90 Euro, Bestell-Nr. 87604, www.k2-verlag.de).

Maßnahmen der Stufe 3:

Kräftiger Griff an den Schultern, Ihre Augenhöhe soll *über* der des Kindes liegen. Hierzu setzen Sie die zornige Person auf einen Stuhl oder Sie stellen sich selbst auf einen Stuhl. Nur der Blick von oben hat Bremswirkung! Schauen Sie der erregten Person nicht unmittelbar in die Augen. Das könnte die Aggressivität verstärken! Schauen Sie stattdessen auf ihr Ohr. Die Anweisungen, die Sie jetzt aussprechen, müssen langsam, ruhig, deutlich und bestimmt herüberkommen.

Maßnahmen der Stufe 4:

Sind die bisherigen Maßnahmen erfolglos, schicken Sie das Kind in sein Zimmer zur *Beruhigungszeit* oder verlassen Sie selbst das Zimmer. Erst Stunden später oder am nächsten Tag darf das Ausrasten angesprochen werden. In der »Konferenz mit dem Kind« werden ein Signalwort (»Du weißt ...«), die Beruhigungszeit und ein Belohnungssystem (Punkteplan) für Wohlverhalten vereinbart. Die Vereinbarung muss mindestens fünf Mal wiederholt oder, noch besser, schriftlich festgehalten werden!

Stand-Boxball

Schon in Stufe 1 des Antiaggressionstrainings kann der Stand-Boxball eingesetzt werden. Das Gerät besteht aus einem Ball mit dicker PVC-Hülle und einer weichen Füllung. Der Ball sitzt auf einem Federstab mit Saugfuß. Durch kräftige Schläge auf den Ball kann das Kind oder der Jugendliche seinem Ärger und seiner Wut Luft verschaffen.