

Masterarbeit

**ADHS bei Kindern und Jugendlichen
Der Unterschied von der Standardtherapie zu
komplementären
Therapiemöglichkeiten, sowie Beratung der Eltern**

eingereicht von
Nina Widmer, BSc MA

zur Erlangung des akademischen Grades
**Master of Science
(MSc)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft

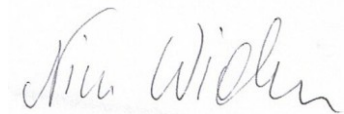
unter der Anleitung von Betreuerin und Betreuer
**Uni.-Doz. Mag. Dr. Gabriele Sorgo
Dr. med.univ. Martin Sprenger**

Graz, 26. März 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 26. März 2012



Nina Widmer

Danksagung

Hiermit möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei einigen Menschen zu bedanken, die mich im Laufe meines Studentenlebens unterstützten.

Zu Beginn darf ich mich bei meinen Betreuern Dr. med.univ. Martin Sprenger und Uni.-Doz. Mag. Dr. Gabriele Sorgo für die professionelle Betreuung meiner Masterarbeit bedanken. Ohne sie wäre das Verfassen der Arbeit nicht möglich gewesen. Sie standen mir immer mit guten Ratschlägen und aufbauenden Worten zur Seite.

Ein besonderer Dank geht auch an meine Freundin Ulrike Ettl, MA, die sich die Mühe machte, meine gesamte Arbeit Korrektur zu lesen.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Familie, besonders bei meinen Eltern Elfriede und Ewald Widmer sowie meiner Schwester Eva bedanken. Sie haben mit mir so manche Höhen und Tiefen überwunden und mir mein Studium ermöglicht. Ich danke ihnen auch für die vielen Impulse, die mich ermutigten, mein Bestes zu geben. Das Gleiche gilt für meinen Freund Bernhard, der immer für mich da war, wenn ich ihn brauchte, und mir wieder neuen Mut zusprach.

DANKE!!

Inhaltsverzeichnis

<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	<i>V</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>VI</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>VII</i>
<i>Zusammenfassung</i>	<i>VIII</i>
<i>Abstract</i>	<i>IX</i>
1 <i>Einleitung</i>	1
1.1 Zielsetzung dieser Arbeit	5
2 <i>Methode</i>	6
2.1 Allgemeine Vorgehensweise	6
2.2 Vorgehensweise nach Fragestellung	11
3 <i>Übersicht über das Krankheitsbild ADHS</i>	12
4 <i>Medikamentöse Therapie</i>	22
5 <i>Komplementäre Therapieformen</i>	27
5.1 Homöopathie	27
5.2 Ergotherapie	29
5.3 Psychotherapie	33
5.4 Weitere Therapiemöglichkeiten	35
5.4.1 Pädagogisch-therapeutische Maßnahmen	35
5.4.2 Erziehung nach Moor	36
5.4.3 Behandlung komorbider Störungen	38
5.4.4 Diät-Therapie	39
5.4.5 Akupunktur – chiropraktische Behandlung	40
5.4.6 PNF-Sprinter-/Skater-Konzept (physiotherapeutische Intervention)	40
6 <i>Beratung der Eltern</i>	42

7	<i>Diskussion</i>	52
7.1	Beantwortung der Forschungsfragen	54
7.2	Schlussfolgerung	55
8	<i>Literaturverzeichnis</i>	X

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
MA	Master of Arts in Business
BSc	Bachelor of Science
bzw.	beziehungsweise
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
et al.	et alii (und andere)
Hrsg.	Herausgeber
n.d.	no date given (kein Datum vorhanden)
p.	Page (Seite)
USA	United States of America
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ADHS - Die Spitze des Eisbergs	13
Abbildung 2: Klassifikation nach dem ICD-10 bei hyperaktiven Störungen	18
Abbildung 3: Indikation, Ziele, Behandlungsansätze der Ergotherapie	30
Abbildung 4: Drehzahlmesser	30
Abbildung 5: Der Teufelskreis	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Probleme bei Kindern mit ADHS im Vergleich	3
Tabelle 2: Literatur-Suchstrategie	8
Tabelle 3: Checkliste für ADHS-Symptome	16
Tabelle 4: Andere mögliche Ursachen für eine hyperaktive Symptomatik	17
Tabelle 5: Die Diagnostik nach den Behandlungsrichtlinien	19

Kurzfassung

Problemstellung: Kinder und Jugendliche mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellen eine Herausforderung für ihr ganzes Umfeld dar. Daher ist es von großer Bedeutung sie richtig zu behandeln. Derzeit gilt die medikamentöse Therapie als Standardtherapie. Aufgrund deren Nebenwirkungen ist es wichtig, dass komplementäre Therapiemöglichkeiten mehr publik gemacht und durchgeführt werden. Des Weiteren ist eine umfassendere Aufklärung und Beratung der Angehörigen notwendig.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit ADHS, sowie wichtige Informationen für deren Eltern zu recherchieren, damit für Patientinnen und Patienten Informationen hinsichtlich der für sie angemessensten Behandlungen zur Verfügung stehen.

Methode: Es handelt es sich um eine Arbeit, welche auf Theorien aus einer systematischen Literaturrecherche basiert. Der aktuelle Forschungsstand zum Thema „ADHS bei Kindern und Jugendlichen - Der Unterschied von der Standardtherapie zu komplementären Therapiemöglichkeiten, sowie Beratung der Eltern“ wird strukturiert und analysiert.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche zeigte, dass es sehr viele Therapiemöglichkeiten für ADHS-krankte Kinder und Jugendliche gibt, welche auch wie die medikamentöse Behandlung zur Verbesserung der Krankheit führen. Des Weiteren können Eltern bereits ohne Hilfe von außen viel zu einem harmonischerem Zusammenleben beitragen.

Schlussfolgerungen: Es gibt zwar sehr viele Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche hinsichtlich ADHS, jedoch sind sie viel zu wenig erforscht. Daher ist es wichtig Langzeitstudien durchzuführen, welche die angemessensten Behandlungen für die Patientinnen und Patienten möglich machen.

Schlüsselwörter: ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Kinder, Jugendliche, Therapie, komplementär, medikamentös, Ergotherapie, Homöopathie, Beratung, Eltern

Abstract

Problem: Children and adolescents with an attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are very challenging for their whole setting. Because of that fact it is very important that they receive the best treatment. Presently the medicinal therapy is the standard therapy, but it has many side effects. Therefore it is necessary that the complementary treatment gets more popular. It is also very important that parents get more information about ADHD and the suitable therapies.

Aim: The aim of this paper was to identify treatment options for children and adolescents with ADHD and find out relevant information for their parents. Hence information about the best therapy for the patients is available.

Method: This paper is based on theories of a comprehensive literature search. The current state of research to the topic “ADHD at children and adolescents – consultation of their parents and the difference between the standard therapy to the complementary therapies” was structured and analysed.

Findings: The literature search shows that there are many treatment options for children and adolescents with ADHD which lead to an improvement of that disease such as the medicinal therapy. Furthermore, parents are able to contribute to a more harmonious live together without another help.

Conclusions: There are so many treatment options for children and adolescents concerning ADHD but they are undercharging investigated. So it is important that long-term-studies will be realized to get more information about the best therapies for the patients.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, children, adolescents, therapy, complementary, medicinal, ergotherapy, homeopathy, consultation, parents

1 EINLEITUNG

Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation wie folgt definiert:

„Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization n.d.). Dies bedeutet, dass laut der WHO Gesundheit als Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung gesehen wird. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig die Gesundheit aufrechtzuerhalten bzw. sie wiederherzustellen.

Immer wieder kommt es vor, dass Kinder ihr Verhalten schwer kontrollieren können bzw. es schwierig für sie ist aufmerksam zu sein (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.68). Solche aufmerksamkeitsgestörten/überaktiven Kinder sind deutlich ablenkbarer, können sich nur schwer ruhig und ausdauernd beschäftigen und sind viel unbedachter und voreiliger als andere Kinder ihres Alters. Sie haben eine unerschöpfliche Energie und haben selten Freunde, da sie beispielsweise nicht warten können bis sie bei Spielen an der Reihe sind und bis ihre Bedürfnisse befriedigt werden können. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.13-14) Hierbei ist es wichtig der Sache auf den Grund zu gehen, denn es könnte sich dabei um eine Krankheit handeln.

"Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?"
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn,
Und die Mutter blickte stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.

Er gaukelt
Und schaukelt,
Er trappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.

"Philipp, das mißfällt mir sehr!" (Struwwelpeter n.d.)

Kinder mit einem solchen Verhalten könnten an einer Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, leiden (Brandau & Kaschnitz 2008, p.22). Der Begriff ADHS kommt aus den USA. In vielen anderen Ländern wird oft noch von einer Hyperkinetischen Störung (HKS) gesprochen. (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.12) Es wurde jedoch nicht nur die Krankheit ADHS, sondern auch ADS definiert. Deshalb ist es auch von besonderer Bedeutung die Abkürzung ADS kurz darzustellen.

Der Unterschied zwischen ADHS und ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung) ist, dass bei ADS zwar Unaufmerksamkeit und Impulsivität vorhanden sind, jedoch keine motorische Unruhe (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.12). Somit stellt ADS eine Untergruppe von ADHS dar (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.12). In dieser Arbeit wird jedoch lediglich auf ADHS eingegangen.

„Das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom des Kindes ist heute eine der am häufigsten genannten Differenzialdiagnosen bei psychisch auffälligen Kindern“ (Du Bois, Hoffmann & Kretz 2007, p.213). Bei ADHS handelt es sich um eine neurobiologische Erkrankung welche folgende Symptome beinhaltet (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.9):

- „kurze Aufmerksamkeitsspanne/erhöhte Ablenkbarkeit,
- motorische Unruhe (Hyperaktivität),
- Impulsivität“ (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.9).

Laut Tschacher & Feuz (2011, p.60) könnte ADHS wie folgt beschrieben werden: „ADHS verkörpert die Extremform des schwierigen, ungebärdigen, ungezogenen Kindes, das nicht tut, was man ihm sagt, und keine Ruhe geben will.“

Die Symptome von ADHS entwickeln sich meist schon vor dem Schulalter und können bis zum sechsten Lebensjahr spätestens identifiziert werden. Durch Schreiattacken, Verdauungsprobleme und unruhigen Schlafgewohnheiten ist diese Krankheit bereits im Babyalter erkennbar. (Frölich & Metternich 2007, p.17) Zu Beginn gab es laut Expertinnen und Experten ADHS nur bei Kindern und Jugend-

lichen. Erst später wurde erkannt, dass diese Krankheit auch bei Erwachsenen auftreten kann. (Tschacher & Feuz 2011, p.59)

Der Unterschied der Erkrankung vom Kindes- bzw. Jugendalter zum Erwachsenenalter liegt in der Veränderung der Zielsymptome, wobei Impulsivität und Konzentrationsmangel aufrecht erhalten bleiben (Frei 2009, p.18). In dieser Arbeit wird lediglich auf Kinder und Jugendliche eingegangen.

Folgende Tabelle zeigt den Unterschied zwischen einem Kind mit und einem ohne ADHS. Es ist wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte den Eltern eines solchen Kindes diese Tabelle ständig vor Augen halten, denn diese beweist, dass Kinder mit ADHS viel häufiger und in größerem Ausmaß Probleme haben als gesunde Kinder.

Tabelle 1: Probleme bei Kindern mit ADHS im Vergleich (angelehnt an Jenett 2011, p.162)

Probleme bei Kindern mit ADHS im Vergleich				
durchschnittlich, auf einer Skala von 1 (gering) bis 9 (sehr)	Häufigkeit		Ausprägung	
	mit ADHS	ohne ADHS	mit ADHS	ohne ADHS
beim Anziehen	73,3 %	10,0 %	6,1	2,3
beim Essen	86,7 %	13,3 %	4,7	3,0
beim Waschen oder Baden	43,3 %	16,7 %	5,1	1,2
beim Zu-Bett-Gehen	83,3 %	20,0 %	5,0	1,5
wenn Eltern telefonieren	93,3 %	33,3 %	6,6	1,3
während einer Autofahrt	73,3 %	20,0 %	4,8	1,7
in der Öffentlichkeit	96,7 %	23,3 %	5,4	2,7
Gäste zu Hause	96,7 %	30,0 %	6,1	1,6
Besuche außer Haus	96,7 %	13,3 %	5,4	1,5
beim Spielen mit anderen	90,0 %	10,0 %	5,4	1,6

Eine tatsächliche ADHS-Diagnose wird bei 4,8 Prozent der deutschen Kinder gestellt (Winter 2010, p.21). Philipsen, Richter & Hesslinger (2006, p.340) kommen zu dem Ergebnis, dass sich das Geschlechtsverhältnis von Jungen und Mädchen auf 3:1 bis 4:1 beläuft. Im Gegensatz dazu kursieren die Zahlen laut Drüe (2007, p.74) von keinem Unterschied zwischen den Geschlechtern bis auf 9:1 bei Jungen

und Mädchen. Betroffene Kinder können ihr eigenes Verhalten nur sehr schwer steuern bzw. planen (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.12). Sie können ihre Probleme somit niemals alleine lösen, sondern benötigen die Unterstützung ihrer Eltern, um den Zustand zu verbessern (Jenett 2011, p.12). Durch die Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom lernen Kinder und Jugendliche mit ihrer Eigenart und ihren Besonderheiten besser umzugehen. Wobei sie auf diese Weise ihre Talente fördern und ihr Leben selbst gestalten können. (Paal 2007, p.11) Somit wird der Alltag auch für die Eltern von ADHS Kindern wieder einfacher (Winter 2010, p.8).

Ein wichtiger Punkt für diese Zielerreichung ist es, dass Eltern ihren Kindern das Vertrauen in deren Fähigkeiten und Stärken schenken und das Kind immer wieder wertschätzen und ihnen ständig Liebe geben (Winter 2010, p.9). Doch dies ist nur ein Teil wie Eltern ihre kranken Kinder unterstützen müssen. Genauer wird darauf im Kapitel 6 „Beratung der Eltern“ eingegangen. Trotzdem können Eltern nur einen geringen Teil der Behandlung selbst durchführen, deshalb ist es wichtig professionelle Hilfe anzunehmen.

Die medikamentöse Therapie wird derzeit noch als Standardtherapie eingesetzt. Trotzdem dürfen komplementäre Behandlungen nicht außer Acht gelassen werden. Denn diese führen oft zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder.

Daraus ergeben sich für diese Arbeit folgende **Forschungsfragen**:

1. Was wird unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom bei Kinder und Jugendlichen verstanden?
2. Welche komplementären Therapiemöglichkeiten gibt es?
3. Wie unterscheidet sich die Standardtherapie von komplementären Therapiemöglichkeiten?
4. Welche Beratungen benötigen Eltern von ADHS-Kindern?

1.1 Zielsetzung dieser Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, Therapiemöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zu recherchieren, sowie festzustellen welche Beratung die Eltern eines solchen Kindes benötigen.

Mit Hilfe dieser Arbeit sollen komplementäre Therapiemöglichkeiten mehr publik gemacht werden, um die Nebenwirkungen der Standardtherapie minimieren und den Patientinnen und Patienten eine umfassende und ganzheitliche Therapie anbieten zu können.

Diese Arbeit beschränkt sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche mit ADHS. Am Ende der vorliegenden Arbeit sollen Empfehlungen angeführt werden können, welche den Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, sowie den Eltern helfen sollen die für das Kind am besten geeignetsten Behandlungsformen zu finden und durchführen zu können.

2 METHODE

2.1 Allgemeine Vorgehensweise

Hierbei handelt es sich um eine Arbeit, die auf Theorien aus einer systematischen Literaturrecherche basiert. Der aktuelle Forschungsstand zum Thema „ADHS bei Kindern und Jugendlichen - Der Unterschied von der Standardtherapie zu komplementären Therapiemöglichkeiten, sowie Beratung der Eltern“ wird strukturiert und analysiert.

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche mit Zusammenfassung und Konklusion durchgeführt. Diese Methode wurde gewählt, da somit Forschungsfragen generiert und präzisiert werden können.

Die Literaturrecherche wurde sowohl in Datenbanken und Bibliotheken als auch im Internet durchgeführt. Dafür wurden die Suchmaschinen „Google“ und „Google Scholar“ verwendet. Die Suche begann bereits im Juni 2011 an den Universitätsbibliotheken der Karl-Franzens-Universität und der Medizinischen Universität. Dort wurden relevante Zeitschriften und Bücher auffindig gemacht, um den theoretischen Hintergrund verfassen zu können. Um die Suche nach wichtigen Informationen zu vervollständigen wurde in Datenbanken und im Internet recherchiert.

Zu den oben genannten elektronische Datenbanken zählen:

- DIMDI
- ACP Journal Club
- Ovid (Embase, Pascal)
- Pubmed und
- Datenbanken der Cochrane Library.

Die gesamte Literatur wurde nach folgenden Fachbegriffen, sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache, durchsucht:

- ADHS (ADHD)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (attention deficit hyperactivity disorder)
- Kinder (children)
- Jugendliche (adolescents)
- Therapie (therapy)
- komplementär (complementary)
- medikamentös (medicinal)
- Ergotherapie (ergotherapy)
- Homöopathie (homeopathy)
- Beratung (consultation)
- Eltern (parents)

Als methodischer Filter wurde in den oben genannten Datenbanken die Boolean Operator „and“, „not“ und „or“ genutzt.

Einschlusskriterien für die Literatursuche waren:

- Therapiemöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung,
- Beratung der Eltern sowie
- alle Studiendesigns

Zu den wesentlichen **Ausschlusskriterien** der Literatur zählten Artikel oder Bücher welcher in einer anderen Sprache als Deutsch und Englisch verfasst wurden. Des Weiteren wurden Studien, die keinen Volltext hatten oder älter als zehn Jahre alt waren, somit Artikel oder Bücher, die vor 2001 veröffentlicht wurden, ausgeschlossen. Ausgenommen wurde hierbei die Grundlagenliteratur.

Folgende Tabelle zeigt mit welchen Wörtern wie viele Treffer erzielt wurden.

Tabelle 2: Literatur-Suchstrategie (Eigene Erstellung)

	ADHD (ADHS)	Attention deficit hyperactivity disorder (Aufmerksam- keitsdefizit- /Hyperaktivitäts- störung)	children (Kinder)	adolescents (Jugendliche)	therapy (Thera- pie)	comple- mentary (komple- mentär)	medicinal (medika- mentös)	ergotherapy (Ergotherapie)	homeopathy (Homöopathie)	consultation (Beratung)	parents (Eltern)
ADHD	29915		17156	4305	3484			2	53		
attention deficit hyperactivity disorder		30596	17128	4327	3533			8	58		
children			1434786								
adolescents											
therapy					3473556	27855	9156				
complementary						400266					
medicinal							177711				
ergotherapy								1235			
homeopathy									12212		
consultation										151078	3972
parents											244268

Um Antworten auf die Forschungsfragen zu erhalten, ist es notwendig, mehrere Wörter miteinander zu verknüpfen.

ADHD + children + adolescents	3217
ADHD + children + adolescents + therapy	512
ADHD + children + adolescents + therapy + complementary	11

attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents	3256
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + therapy	487
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + therapy + complementary	13

ADHD + children + adolescents	3217
ADHD + children + adolescents + therapy	512
ADHD + children + adolescents + therapy + medicinal	2

attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents	3256
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + therapy	487
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + therapy + medicinal	1

ADHD + children + adolescents	3217
ADHD + children + adolescents + homeopathy	5

attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents	3256
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + homeopathy	5

ADHD + children + adolescents	3217
ADHD + children + adolescents + consultation	35
ADHD + children + adolescents + consultation + parents	14

attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents	3256
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + consultation	49
attention deficit hyperactivity disorder + children + adolescents + consultation + parents	15

2.2 Vorgehensweise nach Fragestellung

Folgende Arbeit wird in vier Abschnitten unterteilt. Bei dem ersten Teil handelt es sich um eine Übersicht über das Krankheitsbild ADHS. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit der Beschreibung der medikamentösen Therapie. Im dritten Teil werden komplementäre Therapieformen, wie Homöopathie, Ergotherapie und Psychotherapie aufgezeigt. Der letzte Abschnitt zeigt, welche Beratung Eltern mit einem ADHS-kranken Kind benötigen.

3 ÜBERSICHT ÜBER DAS KRANKHEITSBILD ADHS

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, handelt es sich bei ADHS um eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Diese Krankheit kann aufgrund verschiedener Symptome diagnostiziert werden, wie beispielsweise posttraumatische Reaktionen auf Misshandlungen, geistige Behinderungen, psychosoziale Belastungen, Depressionen und noch viele mehr (Brandau 2004, p.13). Es müssen entweder sechs der folgenden Anzeichen von Unaufmerksamkeit oder während der letzten sechs Monate ein unangemessenes Ausmaß an Hyperaktivität/Impulsivität vorhanden sein (Neuhaus 2009a, p.28).

Unaufmerksamkeit:

Die betroffene Person:

- beachtet keine Einzelheiten bzw. macht Flüchtigkeitsfehler,
- hat Probleme mit der Aufmerksamkeit,
- hört oft nicht zu, wenn er/sie von jemandem angesprochen wird,
- kann Arbeiten nicht zu Ende bringen,
- hat meist Probleme Aufgaben selbst zu organisieren,
- möchte keine Aufgaben, die längere geistige Anstrengung benötigen, durchführen,
- verliert Gegenstände zur Vollziehung der Arbeit,
- lässt sich leicht ablenken,
- vergisst häufig Alltagstätigkeiten (Neuhaus 2009a, pp.28-29).

Hyperaktivität:

- Zappelt ständig mit Armen und Beinen
- Steht in unpassenden Situationen oft auf
- Läuft in unpassenden Situationen oft herum
- Hat Probleme sich ruhig zu verhalten
- Handelt als wäre er/sie getrieben
- Spricht sehr viel. (Neuhaus 2009a, p.29)

Impulsivität:

- Gibt oft Antworten bevor die Frage zu Ende gestellt worden ist
- Unterbricht sehr häufig. (Neuhaus 2009a, pp.29-30)

Laut Kutscher (2008, p.17) sind diese ADHS-Symptome lediglich die Spitze eines Eisberges. Deshalb ist es wichtig, wie folgende Grafik zeigt, familiäre Probleme, zusätzlich auftretende Symptome, wie Lernschwierigkeiten und die ausführenden Funktionen zu berücksichtigen.

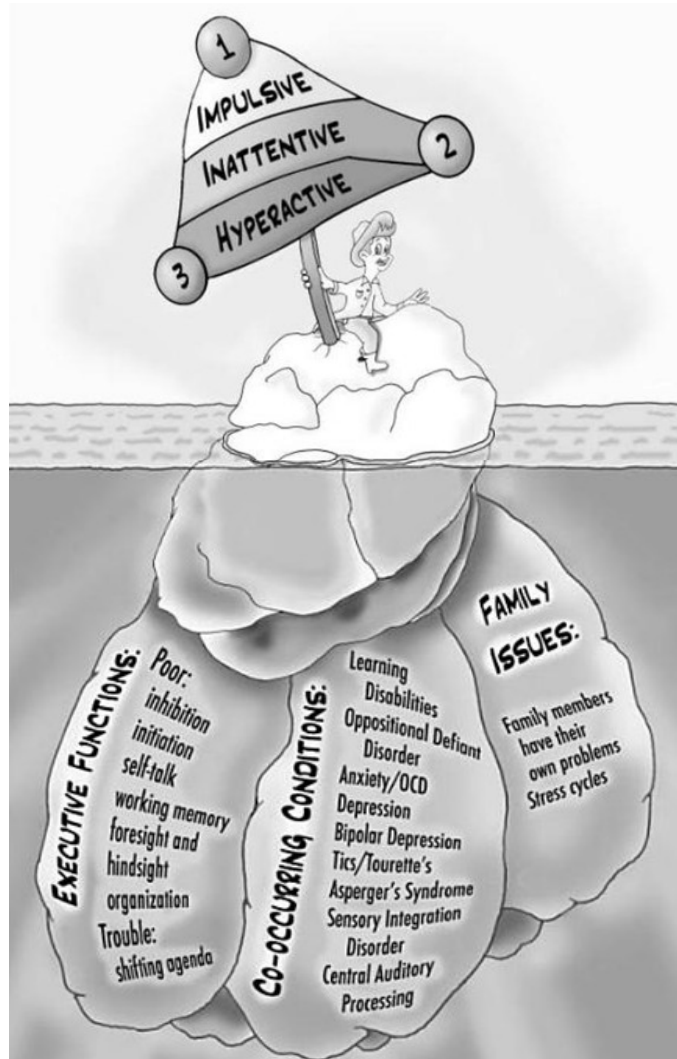


Abbildung 1: ADHS - Die Spitze des Eisbergs (Kutscher 2008, p.17)

Nicht nur eine Lese-Schreib-Störung gehört zu den eventuell zusätzlich auftretenden Symptomen, sondern auch Depressionen oder Angstzustände. Deshalb ist eine eindeutige Abgrenzung zu den ADHS-Symptomen sehr wichtig. Denn diese können jah-

relang oft auch lebenslang auftreten. (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.12) Was wiederum zu enormen Schwierigkeiten führen kann.

Diese Probleme sind sowohl im Kindergarten bzw. der Schule, bei Freizeittätigkeiten sowie in der Familie vorhanden. Solche Auffälligkeiten kommen meist in Situationen bei welchen die Kinder und Jugendlichen aufmerksam sein sollten zum Vorschein. Jedoch wenn sich Kinder mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom in einer neuen Umgebung befinden, nur mit einer Person Zeit verbringen, oder wenn sie ihre Lieblingstätigkeiten machen, können diese Symptome verborgen bleiben. (Frölich & Metternich 2007, p.12) Des Weiteren kommt es darauf an in welcher Lebensphase sie sich gerade befinden.

Denn in der Pubertät verringern sich die ADHS-Symptome meist, wobei die Hyperaktivität sich in innere Unruhe verwandelt, jedoch die schulischen Probleme bleiben. Gerade in dieser Lebensphase können Jugendliche aufgrund ihres aggressiven Verhaltens Probleme mit dem Gesetz bekommen. Auch Alkohol und Drogen können einen Konflikt auslösen. (Paal 2007, p.23) Jedoch auch bei Kindern in der Schule kommt es bereits zu Schwierigkeiten.

Kinder mit ADHS fallen meist durch ihr „Stören“ im Unterricht auf. Daher fehlt es ihnen oft an Anerkennung der Mitschülerinnen und Mitschüler. (Gelb & Gelb 2010, p.61) Sie hören ihr ganzes Leben nur Vorwürfe wie „Du nervst“ oder „Muss das denn schon wieder sein?“. Somit kommt es immer mehr zu einer sozialen Ausgrenzung, welche die schwierige Situation weiter verschärft. Daher ist es kein Wunder, dass Kinder mit ADHS oft depressiv, ängstlich und frustriert sind, wenn sie zu keinen Kinderfeiern eingeladen werden und andere Kinder nichts mit ihnen zu tun haben möchten. (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.9) Es ist von großer Bedeutung all diese Symptome wahrzunehmen, um ADHS diagnostizieren zu können.

Ein biologisch-organischer Marker für eine eindeutige Diagnose wurde noch nicht identifiziert. Derzeit ist es so, dass diese Krankheit diagnostiziert wird, wenn sowohl sechs von neun Symptomen von Unaufmerksamkeit, als auch sechs von neun Symptomen von Hyperaktivität/Impulsivität vorhanden sind. Das Problem hierbei ist die subjektive Betrachtung des Zustandes durch den Beurteiler. (Brandau 2004,

p.14) Jedoch sollte ADHS nur dann diagnostiziert werden, wenn die Kernsymptome nicht durch andere Krankheiten oder Umstände hervorgerufen werden (Brandau 2004, p.14). Hierbei könnte es sich um Störungen wie beispielsweise einer Lernbehinderung, schulischen Über- bzw. Unterforderung, durch Medikamente ausgelöste ADHS-Symptome oder oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten handeln. Des Weiteren kann es sein, dass die oben angeführten Symptome bei Kindern durch Ängste oder emotionale Belastungen hervorgerufen werden. (Frölich & Metternich 2007, pp.14-15) „ADHS ist also rein durch das Vorhandensein von Symptomen, die wiederum durch Verhaltenscharakteristika beschrieben sind, definiert“ (Brandau 2004, p.14).

Folgende Ärzte können ADHS diagnostizieren:

- eine Psychologin und ein Psychologe
- eine Psychiaterin und ein Psychiater
- eine Kinderärztin und ein Kinderarzt
- eine Hausärztin und ein Hausarzt, sowie
- eine Neurologin und ein Neurologe (Farrar 2011, p.37).

Diese Expertinnen und Experten können unter anderem mit Hilfe der folgenden Tabelle eine Diagnose für das zu behandelnde Kind finden. Für eine ADHS-Diagnose müssen diese Merkmale viel markanter sein als bei Kindern im gleichen Entwicklungsstadium. (Frölich & Metternich 2007, p.13)

Tabelle 3: Checkliste für ADHS-Symptome (angelehnt an Fröhlich & Metternich 2007, pp.48-49)

Checkliste für ADHS-Symptome					
Name des Kindes:	Alter:	Datum:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?		
beurteilt von: 0 Mutter 0 Vater 0 Lehrer(in) 0 Erzieher(in) 0 Anderem: Name:					
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Kind ist.		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
01. Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.		0	1	2	3
02. Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben)		0	1	2	3
03. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.		0	1	2	3
04. Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.		0	1	2	3
05. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.		0	1	2	3
06. Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie widerwillig.		0	1	2	3
07. Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).		0	1	2	3
08. Lässt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.		0	1	2	3
09. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).		0	1	2	3
10. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.		0	1	2	3
11. Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.		0	1	2	3
12. Hat häufig Schwierigkeiten ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.		0	1	2	3
13. Lläuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist		0	1	2	3
14. Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).		0	1	2	3
15. Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.		0	1	2	3
16. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oft, als wäre er/sie angetrieben		0	1	2	3
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.		0	1	2	3
18. Kann häufig nur schwer warten bis sie/er an der Reihe ist (z.B. beim Spielen oder in einer Gruppe).		0	1	2	3
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).		0	1	2	3
20. Redet häufig übermäßig viel.		0	1	2	3

Um eine eindeutige Diagnose stellen zu können, muss zusätzlich ein Gespräch mit Familienmitgliedern, sowie Lehrerinnen und Lehrer bzw. Kindergärtnerinnen und Kindergärtner geführt werden (Frölich & Metternich 2007, p.13).

Diese eindeutige Diagnose ist sehr schwierig, da auch andere Störungen zu einer verminderten Aufmerksamkeit führen können. Deshalb ist es von großer Bedeutung andere Symptome durch eine professionelle Differentialdiagnose auszuschließen. (Brandau & Kaschnitz 2008, p.22)

Folgende Tabelle zeigt Krankheitsbilder, welche eine ADHS Krankheit vortäuschen (Brandau & Kaschnitz 2008, p.22).

Tabelle 4: Andere mögliche Ursachen für eine hyperaktive Symptomatik (angelehnt an Brandau & Kaschnitz 2008, p.23)

Differentialdiagnose	Symptomatik	Strategie
Hörprobleme	Schwerhörigkeit, Fernseher lautstark aufgedreht, Kind reagiert nicht auf Aufforderungen	Hörtest, Audiogramm
Sehprobleme	Geringe Differenzierungsfähigkeit bei Aufgaben, die exaktes Sehen erfordern, kein Interesse an Puzzles, sprunghaft bei visuellen Aufgaben (Ausmalen)	Sehtest, Abklärung eines möglichen Astigmatismus
Entwicklungsverzögerung	Bei Kindern kann bei sozial-emotionalen Entwicklungsverzögerungen häufig die Frustrationstoleranz deutlich verringert sein.	Entwicklungstest
Überbegabung	Kind stört bei altersgemäßen Aufgaben, ist immer sofort mit Aufgaben fertig, langweilt sich	Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests
Geistige Behinderung	Kind vermeidet Aufgaben (plötzliche Müdigkeit, Durst), bagatellisiert, versteht komplexe Aufforderungen nicht	Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests
Depression	Bei Erwachsenen: agitiert, motorisch unruhig, kann nicht ruhig sitzen, Konzentrationsprobleme	Fachärztliche Untersuchung in Bezug auf das Vorliegen einer „agitierten“ Depression
Psychosen	Bei Erwachsenen: Konzentrationsstörungen und hohe Ablenkbarkeit	Fachärztliche Untersuchung

Laut der ICD-10 Klassifikation für hyperaktive Störungen sind Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit sowie der Impulskontrolle und der Aktivität wichtig, um richtig diagnostizieren zu können (Brandau & Kaschnitz 2008, p.25). Aus folgender Grafik ist dies gut ersichtlich.

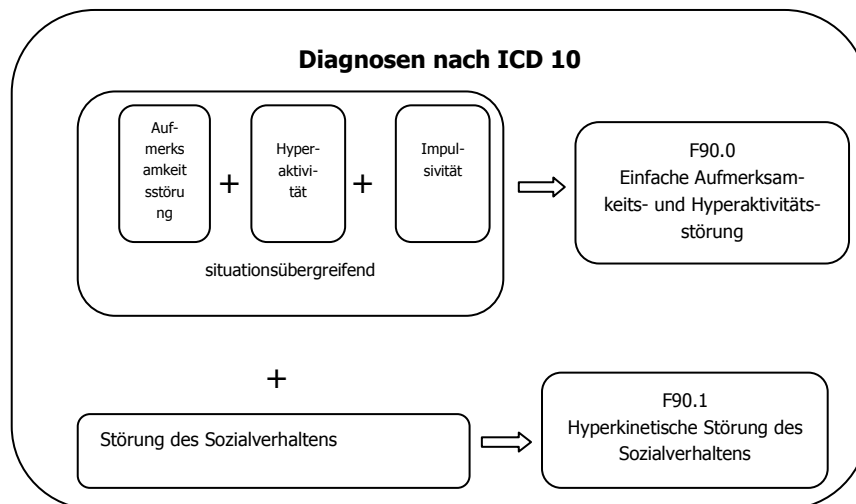


Abbildung 2: Klassifikation nach dem ICD-10 bei hyperaktiven Störungen (angelehnt an Brandau & Kaschnitz 2008, p.25)

Wie bereits erwähnt, ist es von großer Bedeutung, dass sehr genau diagnostiziert wird. Dies erfolgt durch genaue Vorgaben des DSM-IV-TR. (Lauth, Schlotzke & Naumann 2009, p.128) In Europa kommen eher die DSM-Kriterien zum Einsatz, da die „International Classification of Diseases“ (ICD) (siehe oben) der Weltgesundheitsorganisation ungenauer in Bezug auf das Syndrom ist (Müller, Candrian & Kropotov 2011, p.8). Deshalb halten sich diagnostizierende Ärztinnen und Ärzte an folgende Richtlinien (Lauth, Schlotzke & Naumann 2009, p.128):

Tabelle 5: Die Diagnostik nach den Behandlungsrichtlinien (angelehnt an Lauth, Schlotke & Naumann 2009, p.128)

Maßnahme	Auskunftsperson
1.Erhebung der Problemgeschichte:	
Ausführliches Gespräch zur Vorgeschichte	Eltern
Eventuell Fragebogen zu typischen Merkmalen der Aufmerksamkeitsstörung	Kind/Eltern/Lehrer
Gespräch mit dem Kind über seine derzeitige Situation	Kind
2.Diagnosefindung:	
Überprüfen, ob die Diagnosekriterien erfüllt sind	Lehrer/Erzieher/Eltern/Kind
Schlussfolgerung des Therapeuten	
3.Weitere Untersuchungen:	
Verschiedene Testverfahren, etwa Überprüfung der Konzentrationsleistung, Verhaltensbeobachtung im Unterricht	Kind
4.Bestimmung des Störungsschwerpunktes:	
Arbeitsproben	Kind
Schlussfolgerung des Therapeuten	Kind

Es gibt immer wieder Eltern, die sich für eine Erstuntersuchung in der Psychotherapie anmelden, um einen Termin für ihr Kind, welches eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung hat, zu bekommen (Dammasch 2006, p.189). Solche voreiligen Diagnosen der Eltern sollten vermieden werden, denn es fällt sogar Expertinnen und Experten schwer diese Krankheit genau zu diagnostizieren und die Ursachen herauszufinden.

ADHS wird nicht durch Reizüberflutungen, wie beispielsweise durch zu langes Fernsehen hervorgerufen, sondern durch solche Variablen nur noch verstärkt (Neuhaus 2009a, p.38). Zu den Hauptursachen dieser Krankheit zählen Modifikationen in der Funktionsweise des Gehirns. Hierbei handelt es sich um so komplexe Veränderungen, dass diese meist nicht nachweisbar sind. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler kamen zu dem Entschluss, dass es zwar verschiedene Ursachen für diese Auffälligkeiten gibt, jedoch können diese von dem Umfeld des Kindes beeinflusst werden. Somit kann der Umgang innerhalb der Familie, dem Kindergarten oder der

Schule die Ausprägung der ADHS-Krankheit bestimmen. (Frölich & Metternich 2007, p.19)

Zu den Ursachen für solche Störungen der Hirnfunktionen, sogenannten Minimalen Cerebralen Dysfunktionen (MCD), gehören erbliche Faktoren oder Komplikationen während der Schwangerschaft bzw. der Geburt, beispielsweise in Form einer Frühgeburt, bei übermäßigem Alkoholkonsum der Mutter oder wenn das Kind von der Nabelschnur umschlungen war. Viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler behaupten auch, dass die Bestandteile der Nahrung Auffälligkeiten hervorrufen können. Hierbei verurteilen sie unter anderem Zucker, Nahrungsmittelzusätze oder Milcheiweiß. (Frölich & Metternich 2007, p.19) Es ist wichtig, Ursachen die beeinflussbar sind zu vermeiden, denn diese Erkrankung ist nicht nur eine Belastung für die Patientin/den Patienten selbst, sondern auch für deren Umfeld.

„Es ist gut, Folgendes nicht zu vergessen: Das Leben mit einem Kind, das von einer ADS/ADHS-Störung betroffen ist, verlangt von Eltern und allen an der Erziehung beteiligten Menschen in der Regel vor allem Geduld – mit dem betroffenen Kind, aber auch mit sich selbst!“ (Gelb & Gelb 2010, p.61) Sich mit der Krankheit und den möglichen Behandlungsformen auseinander zu setzen gehört ebenfalls zu den Pflichten der Eltern.

Bei vielen Patientinnen und Patienten genügt bereits eine intensive Beratung und eine heilpädagogische oder verhaltenstherapeutische Betreuung, um ausreichend behandelt zu sein. Ist dies nicht der Fall, so wird eine medikamentöse Therapie notwendig. (Freisleider et al. 2007, p.282) Diese Vorgehensweise vertritt jedoch nicht jede Expertin/jeder Experte.

„Die Geschichte der ADHS und ihrer Behandlung mit psychotropen Medikamenten ist bemerkenswert, voll von Mythen, Kritikern, Skeptikern, Außenseitern, persönlichen Vorstellungen, messianischen Botschaften, Enthusiasten, echter Wissenschaft und Pseudowissenschaft“ (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.91).

Trotz den vielen verschiedenen Meinungen ist laut Freisleder et al. (2007, p.282) das wichtigste jeder Behandlung die Information bzw. die Beratung sowie die Motivation und die Compliance seitens der Kinder und Jugendlichen und ihren Eltern.

4 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Diese Behandlungsform wird als Basistherapie bei ADHS betroffenen Kindern angesehen, wobei oft erst eine wirksame Behandlung mit Medikamenten den Weg für andere Therapieformen ebnet (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.13). ADHS ist der häufigste Grund, dass Kinder Medikamente verabreicht bekommen (Martin 2011, p.20). Dies resultiert daraus, da Medikamente zu einer allgemeinen Verbesserung der geistigen Leistungen führen (Suchodoletz von 2009, p.18).

„Bei deutlicher Beeinträchtigung im Leistungs- und psychosozialen Bereich, großem Leidensdruck bei Kindern/Jugendlichen und Eltern sowie einer Gefahr für die weitere Entwicklung ist die medikamentöse Therapie notwendig“ (Lauth 2009, p.23).

Des Weiteren sollten Medikamente verabreicht werden, wenn

- mit allgemeinen symptomatischen Maßnahmen nicht das gewünschte Ziel erreicht wird und/oder
- krisenhafte Zuspitzungen eintreten (Winter 2010, p.27).

Zur medikamentösen Therapie bei Kindern mit ADHS gehören Wirkstoffe aus der Gruppe der Stimulanzien, beispielsweise Methylphenidat (Ritalin), und aus der Gruppe der selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, wie Atomoxetin (Freisleder et al. 2007, p.282). Des Weiteren zählt Adderall, gemischte Amphetamin-Salze, zu den Hauptprodukten bei der Behandlung von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.68). Eine solche Behandlung wirkt sich bei drei Viertel der Kinder mit ADHS positiv aus (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.13). Laut einem Bericht der „Cochrane Collaboration“ von Pringsheim & Steeves (2011, p.3) sind sowohl Methylphenidat als auch Atomoxetin wirksam für die Verbesserung der ADHS-Symptome. Dieses Ergebnis des Methylphenidats bestätigt auch eine Studie von Bloch et al. (2009, p.885). Jedoch ist es von großer Bedeutung, Methylphenidate individuell zu verabreichen, da es verschiedene Dosierungen, therapeutische Breiten und Wirkungsauern gibt (Schmeck et al. 2008, p.436).

Das Medikament Ritalin steigert die Konzentrationsfähigkeit und senkt die Unruhe eines hyperaktiven Kindes. Dieses Arzneimittel zählt zu den Amphetaminen, welches in das Betäubungsmittelgesetz fällt. (Frei 2009, p.15) Im Jahr 1954 wurde es als ein Medikament mit belebender Substanz als sogenanntes „Psychotonikum“ angewandt. In dieser Zeit wurde es noch als Weckmittel nach Narkosen verwendet. Erst 1963 setzte es der amerikanische Kinder- und Jugendpsychiater Leon Eisenberg für die Behandlung von Kindern mit ADHS ein. In Deutschland kam es erst acht Jahre später zum Einsatz. (Neuhaus 2009b, p.202) Im Jahr 1993 wurden Medikamente zur Behandlung von ADHS lediglich in 13 Ländern verschrieben, wobei die Zahl mittlerweile schon auf 50 gestiegen ist (Haubl & Liebsch 2010, p.7). Einige Langzeitstudien untersuchten das Suchtverhalten von Kindern mit einer solchen Therapie durch Medikamente und kamen zum Ergebnis, dass diese Behandlung das Suchtverhalten vermindert. Dies lässt sich wahrscheinlich dadurch erklären, dass ADHS-Kinder besser mit deren Problem umgehen können. (Frei 2009, p.15) Sie wissen, dass diese Medikamente ihre Krankheit verbessern.

Wenn Medikamente aus der Gruppe der Stimulanzien nicht wirken, können selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingenommen werden. Dies kommt jedoch in den seltensten Fällen vor und wird meist nur den Erwachsenen verschrieben, denn bei Kindern kann es die Selbsttötungsgefahr erhöhen. In solchen Fällen ist das Medikament sofort abzusetzen. (Holland, Jarvis & Dahl 2007, pp.271-272)

Zu Beginn jeder Behandlung mit Medikamenten wird mit einer niedrigen Dosis, das bedeutet 5 mg, begonnen und diese innerhalb von ein paar Tagen erhöht. Das Kind muss das Medikament zwischen drei und vier Mal täglich zu sich nehmen, um die gewünschte Wirkung erreichen zu können. (Skrodzki et al. 2006, p.301) Die Einnahme von Medikamenten hat viele Vorteile für Kinder mit ADHS. Durch eine medikamentöse Therapie wird dem schwer beeinträchtigte Kind wieder die Möglichkeit geboten am sozialen Leben teilnehmen zu können. Es kann sowohl die Schule wieder erfolgsorientiert besuchen, sowie seine Position in der Familie bewahren. Des Weiteren werden durch die Zufuhr von Medikamenten die Nerven der Beteiligten geschont. (Du Bois 2007, p.307)

Aufgrund dieser Vorteile der Medikamente sprechen einige Fachleute davon, dass es unethisch sei, solchen Kindern Medikamente zu verweigern. Dies ist jedoch laut Du Bois (2007, p.307) nicht gerechtfertigt, da die Probleme, welche hinter diesem Syndrom stecken, durch eine medikamentöse Therapie nicht verbessert werden, sie können sich dadurch sogar verstärken. Deshalb ist es wichtig, hierbei eine Studie hinzuzufügen.

Es ist zu beachten, dass sich alleine mit Medikamenten unerwünschte Verhaltensmuster nicht ändern, sondern mit Hilfe dieser es nur zu einer Verbesserung der Konzentration, der Steuerungsfähigkeit und der motorischen Hyperaktivität kommt (Freisleder et al. 2007, p.282). Das Ergebnis einer Metaanalyse von Döpfner & Lehmkuhl (2002, p.431) zeigt, dass eine medikamentöse Therapie zwar wirkungsvoll ist, jedoch bleibt bei den Kindern ein hoher Anteil der Restsymptomatik bestehen, welche therapeutische Hilfe über längeren Zeitraum erfordert. Deshalb kommen laut Lauth (2009, p.23) erst verschiedenste Therapieformen, wie Ergotherapie, Logopädie oder Psychomotorik, in Kombination mit einer medikamentösen Therapie zum gewünschten Erfolg. Dies bestätigt auch die amerikanische Studie „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“ (Freisleder et al. 2007, p.282). Härtling (2011, p.4) ist ebenfalls der Meinung, dass eine kombinierte Therapie, das bedeutet eine medikamentöse Therapie mit einer Verhaltenstherapie, das beste Ergebnis erzielt. Wie bereits in der Einleitung erwähnt ist bei jeder Therapieform die Information das wichtigste.

Es ist von großer Bedeutung, dass eine Familie mit einem ADHS-Kind über die Notwendigkeit bzw. die Sinnhaftigkeit von Medikamenten aufgeklärt und sie nicht zu einer Behandlung gedrängt wird. Kommt es zu keiner Informationsübertragung, so wird auch das Ziel einer medikamentösen Therapie nicht erreicht. Stimmen Eltern und Kinder dieser Behandlung zu, dann müssen sie über den genauen Therapieverlauf mit Wirkungsdauer, Wirkungsweise und mögliche Nebenwirkungen detailliert aufgeklärt werden. (Lauth 2009, p.24)

Zu den Nebenwirkungen von Medikamenten zählen:

- Verminderter Appetit,
- Schlafprobleme,
- Schmerzen im Bereich des Bauches, Kopfes oder Magens sowie
- Tachykardie (Schmeck et al. 2008, p.437).

Des Weiteren ist zu beachten, dass bei Herzproblemen, Psychosen, Glaukomen (Anm. der Verfasserin: Grüner Star) und Hyperthyreosen (Anm. der Verfasserin: Schilddrüsenüberfunktion) eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien kontraproduktiv ist (Schmeck et al. 2008, p.437). Laut DeMaria (2005, p.26) kann es bei der Einnahme von Ritalin zur Kleinwüchsigkeit und bei abruptem Ende zu Depressionen kommen.

Um eventuelle Veränderungen durch die Behandlung deutlich aufzeigen zu können, ist es sinnvoll, wenn die Eltern ein Tagebuch führen, in dem alle Ereignisse des Tages dokumentiert werden. Mit diesem Tagebuch sollte bereits zwei bis vier Wochen vor dem Beginn der Medikation begonnen werden, um den vorigen Zustand auch erfasst zu haben. (Lauth 2009, p.24)

Kritik der medikamentösen Behandlung

Derzeit gibt es Millionen Menschen, die Amphetamin zu sich nehmen ohne erkennbare Anzeichen einer geistigen oder körperlichen Störung aufzuweisen. Trotzdem besteht die Möglichkeit, dass diese Medikamente die Gehirnfunktion beeinträchtigen können. Dies kann Langzeitstörungen der Aufmerksamkeit mit sich bringen. Des Weiteren kann es bei einer langen medikamentösen Behandlung mit Amphetamin zu körperlichen Gesundheitsrisiken kommen, die sogar zum Tod führen können. Denn diese Substanzen fördern den Drang zu einem riskanten Sexualverhalten, was besonders gefährlich für die Übertragung von HIV ist. (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.178)

Neben den zahlreichen Nebenwirkungen der Medikamente gibt es viele weitere Probleme die bei einer solchen Behandlung auftreten. Da diese Medikamente bereits

nach einigen Stunden wirkungslos sind, müssen sie mindestens zwei bis drei Mal täglich eingenommen werden. (Bakhshayesh 2010, p.36) Denn sobald die Medikamente abgesetzt werden, treten die ungewünschten Symptome wieder auf. Deshalb wird immer eine medikamentöse Therapie in Zusammenhang mit einer Verhaltenstherapie empfohlen. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.114)

Ein weiteres großes Problem ist der Handel mit Psychostimulanzien in den Schulen. In den USA bekommen beispielsweise 2,5 Millionen Kinder solche Medikamente. Hierbei kommt es immer wieder vor, dass Kinder ihre Ritalin-Tabletten als sogenanntes Vitamin R, Intelligenz-Pillen oder R-Bällchen an Mitschülerinnen und Mitschüler verkaufen. Als Aufputzmittel wird es in solchen Kreisen auch „Rita“ oder „Speed“ genannt. (Huppertz 2009, p.9) Somit kommt es zu einer illegalen Laufbahn des Ritalins (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.88). Aber nicht nur in Schule, auch im Sport kommt es zu Missbräuchen des Amphetamins.

Der Radfahrer Tom Simpson starb während eines Rennens vor laufenden Kameras. Es wurde festgestellt, dass Amphetamin für seinen Tod verantwortlich war. Simpson hatte dieses Medikament nicht nur im Blut, sondern auch noch Reservevorräte in den Taschen. Somit war klar, dass er sich mit Amphetamin gedopt hatte. (Iversen, Dilling & Dilling 2009, pp.96-97) Da diese Medikamente immer wieder Schäden anrichten, wurde in Deutschland bereits dagegen gesteuert.

Mittlerweile ist in Deutschlands Gesetze verankert, dass Methylphenidate lediglich nach dem erfolglosen Versuch einer therapeutischen Intervention eingesetzt werden dürfen (Müller, Candrian & Kropotov 2011, p.18).

Müller, Candrian & Kropotov (2011, p.18) sind in diesem Fall folgender Meinung: „Wäre es bisher bereits möglich gewesen, aufgrund diagnostischer Verfahren objektive Indikationsstellungen für die Medikation anzugeben und gleichzeitig die richtigen therapeutischen Modelle anzuordnen, wäre der therapeutische Prozess weniger zu einem Versuchs- und Irrtumsverhalten verkommen.“

Aufgrund der vielen Nebenwirkungen der Medikamente ist es wichtig, komplementäre Therapieformen nicht außer Acht zu lassen.

5 KOMPLEMENTÄRE THERAPIEFORMEN

5.1 Homöopathie

Die Homöopathie ist bereits 200 Jahre alt. Diese Erfahrungsheilkunde verleiht dem Körper Hilfe zur Selbsthilfe. (Paal 2007, p.47) Der Entdecker Samuel Hahnemann beschrieb den Leitgedanken der Homöopathie durch (Paal 2007, p.132):

„Similia similibus curentur. – Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt“ (Paal 2007, p.132).

„Da Homöopathie nicht einfach Symptome verschiebt, sondern diese ohne Nebenwirkungen zum Verschwinden bringt, erlaubt sie dem Kind eine authentische Entwicklung, also es selbst zu sein, ohne ständig durch die quälenden Wahrnehmungsstörungen an einer normalen Entfaltung gehindert zu werden“ (Frei 2009, p.20). Ihr Ziel ist es somit den Körper wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Immer wieder wird über die Wirkung der Homöopathie diskutiert, doch auch Kritiker können die aktuellen Studien, welche beweisen, dass sie gegen ADHS wirkt, nicht ignorieren. (Paal 2007, pp.47-48)

Kommt es nun zu einer homöopathischen Behandlung, untersucht die Homöopathin/der Homöopath das Kind am gesamten Körper. Des Weiteren führt sie/er ein ausführliches Gespräch, wobei die Krankengeschichte genau dokumentiert wird. Neben den Verhaltensstörungen beobachten die Homöopathen zusätzliche Symptome, welche die Kinder aufweisen, denn diese sind besonders wichtig für die Arzneimittel-findung. (Paal 2007, p.143)

„Die Ausgangssubstanz eines homöopathischen Arzneimittels kann pflanzlicher, mineralischer, tierischer, metallischer oder anderer Herkunft sein“ (Paal 2007, p.135). Hahnemann kam zu dem Entschluss, dass diese Arzneimittel besser wirken, wenn sie verdünnt bzw. zusätzlich verrieben oder verschüttelt werden. Diese Methode der Homöopathie wird Potenzierung genannt. (Paal 2007, p.135)

Dieses Prinzip kann jedoch nur dann erfolgen, wenn die Lebenskraft des Patienten noch vorhanden ist. Dies bedeutet, dass der Körper noch zu Reaktionen fähig sein muss. Bei einer Krankheit wie ADHS sind diese Reaktionen vermindert und somit die Lebenskraft geschwächt. Somit versucht die Homöopathie die Lebensenergie wieder aufzubauen und wie bereits erwähnt, den Organismus ins Lot zu bringen. (Paal 2007, p.136)

Zu diesem Problem bringt ein ADHS-Kind meist viele weitere Schwierigkeiten mit sich. Vor allem den Leidensdruck der Familien als auch den gesellschaftlichen Druck, meist ausgelöst durch die Überforderung der Schulen. (Frei 2009, pp.23-24) Dieses Thema wird im Kapitel 4 „Beratung der Eltern“ noch näher erläutert. Durch diese Probleme ist der Wunsch nach einer raschen Hilfe meist sehr groß. Was zu einem großen Nachteil der Homöopathie führt, da diese mit einem sehr hohen Zeitaufwand, von der Findung des besten Medikaments bis zum Therapieerfolg, verbunden ist. (Frei 2009, p.24) Des Weiteren kann es zu Behandlungsschwierigkeiten kommen, wenn die Patientin/der Patient nicht ordentlich mitarbeitet. Denn dem Patienten kommt eine besondere Verantwortung in der Zielerreichung zu. Sie/Er muss Krankheitszeichen wahrnehmen und der Homöopathin/dem Homöopath genau beschreiben. Eine weitere Herausforderung für die Ärztin/dem Arzt besteht darin, dass die entscheidenden Symptome erkannt werden. Dies kann Komplikationen bereiten, da entweder zu wenige spezifische Merkmale vorhanden sind, oder zu viele erkannt werden und somit die entscheidenden Symptome aus den Augen verloren werden. Deshalb ist hier besondere Geduld gefragt. (Paal 2007, pp.146-147)

Trotzdem muss sich immer vor Augen gehalten werden, dass innerhalb der Behandlungszeit normale Wahrnehmungserfahrungen, wie sie gesunde Kinder im gleichen Alter haben, gespeichert werden, so dass diese auch nach der Therapie hervorgerufen werden können. Jedoch wird die Krankheit nach dem Behandlungsende in abgeschwächter Form wiederkommen. (Frei 2009, p.20) Die positiven Veränderungen der ADHS-Krankheit durch die Homöopathie zeigen sich auch in durchgeführten Studien.

Die von Frei (2009, pp.173-174) vorgestellte Studie zeigt, dass die Homöopathie bei Kindern mit ADHS wirksam ist. Das positive Ergebnis der Homöopathie lässt sich laut der Studie nicht alleine durch die Zuneigung und die verbrachte Zeit mit der Ärz-

tin/dem Arzt begründen, sondern durch die richtige Wahl des Arzneimittels. Des Weiteren wurden auch die kognitiven Fähigkeiten der untersuchten Kinder verbessert. Es wird vermutet, dass homöopathisch behandelte Kinder besser ihre Verhaltensstrategien an den Forderungen ihrer Umwelt anpassen können. Kurz gesagt zeigt diese Studie einen signifikanten Behandlungseffekt durch die Homöopathie. (Frei 2009, pp.173-174) Im Gegensatz dazu gibt es laut Heirs und Dean (2007) derzeit nur wenige Beweise für die Wirksamkeit der Homöopathie. Sie kommen stattdessen zu dem Ergebnis, dass diese keine signifikante Wirkung für die Behandlung von ADHS-Symptomen aufweist. (Heirs & Dean 2007, p.3) Hier wird ersichtlich, dass die Autorinnen und Autoren in Bezug auf die homöopathische Behandlung nicht einer Meinung sind.

Jedoch zählt nicht nur die Homöopathie, sondern auch die Ergotherapie zu den möglichen Therapieformen bei Kindern mit ADHS.

5.2 Ergotherapie

„Ergotherapie ist eine zielgerichtete Intervention, die klientenzentriert die aktuellen Probleme im Alltag und in den Handlungsbereichen aufgreift, um der Familie konkrete Hilfestellungen dazu geben zu können“ (Kolberg 2006, p.390). Ihr Ziel ist es, Kinder bei wichtigen Aufgaben so zu fördern, dass sie diese im Alltag zufriedenstellend bewältigen können. Dies umfasst sowohl die Selbstständigkeit, die Freizeit als auch die Produktivität. Es gilt die Kinder bei verschiedenen Handlungen und Handlungsabläufen zu unterstützen, sowie ihnen eine Hilfestellung bei der Entwicklung von Strategien zur Impulsivität und Unaufmerksamkeit zu geben. Des Weiteren sollte mit dieser Methode die Selbsteinschätzung verbessert und dadurch die Erregung gesenkt werden. (Kolberg 2006, p.390) Kinder können durch diese Behandlung ein besseres Gefühl für den eigenen Körper, gesteigerte räumliche Organisation, bessere Koordination der Bewegungen erlangen, sowie den Körper in gewissen Aktivitäten stärker mit einzubeziehen (Schmeck et al. 2008, p.438).

Folgende Abbildung zeigt Indikationen, Ziele und Behandlungsansätze in der Ergotherapie.

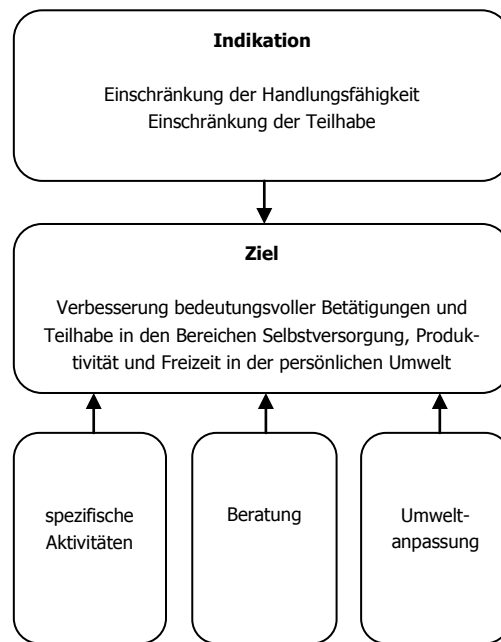


Abbildung 3: Indikation, Ziele, Behandlungsansätze der Ergotherapie (angelehnt an Winter 2010, p.12)

Abbildung 3 zeigt, dass nicht nur spezifische Aktivitäten und Beratung, sondern auch die Umwelthanpassung wichtig für die Zielerreichung sind. Der ergotherapeutische Prozess beinhaltet nicht nur ergotherapeutische Behandlungsmethoden, sondern auch häusliche Übungsprogramme und somit die Anpassung an die räumliche Umwelt (Winter 2010, p.12). Eine der ergotherapeutischen Therapie ist der Trick mit dem Motorenvokabular. Hierbei lernt das Kind, dass unser Körper in verschiedenen Drehzahlen läuft. Wobei eins die niedrigste und zehn die höchste ist. Folgende Abbildung zeigt ein Beispiel für solche Drehzahlmesser. (Winter 2010, p.42)

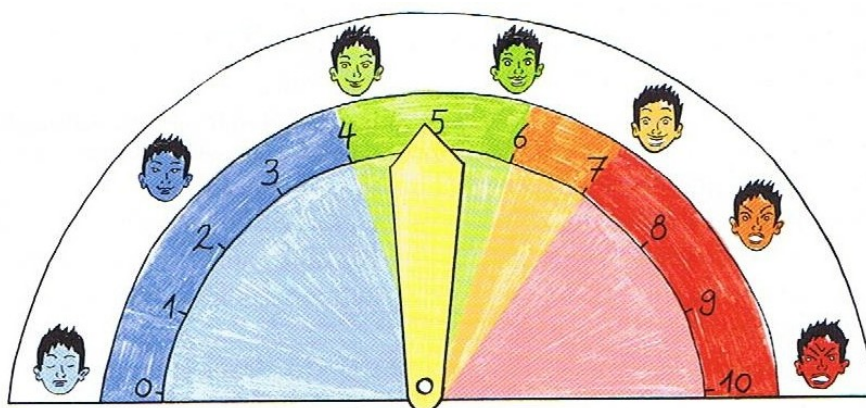


Abbildung 4: Drehzahlmesser (Winter 2010, p.42)

Das Kind muss verstehen, dass die Drehzahl des Körpers in verschiedenen Lebenslagen unterschiedlichen hoch ist. Beispielsweise sollte die Drehzahl beim Einschlafen eins sein, jedoch bei den Hausaufgaben ist eins zu niedrig. Somit soll das Kind lernen in welchen Situationen welche Drehzahl angemessen ist und sich dieser anzupassen. (Winter 2010, p.42) Es gibt eigene Programme, die dies fördern.

Im Bereich der Ergotherapie gibt es das Alertprogramm welches von Whiliams und Schellenberger für Kinder mit ADHS entwickelt wurde (Arasin & Winter 2009, p.39). Die Alertness ist eine Aktivierungsbereitschaft, welche die zentralnervöse Wachheit beeinflusst. Entwickelt wurde es für Erwachsene, wobei es bald darauf verändert und für Kinder adaptiert wurde (Schaeffgen 2007, p.41). Dieses Programm basiert auf der sensorische Integration, der Aufmerksamkeit und der Erregungstheorie (Arasin & Winter 2009, p.39). Dies bedeutet, dass Kinder mit Hilfe dieses Trainings lernen ihr eignes Erregungslevel zu erkennen, sowie es zu verändern, um damit umgehen zu können (Schaeffgen 2007, p.41). Ein weiteres Ziel ist der richtige Umgang mit dem Erregungslevel bei unterschiedlichen Aufgaben und verschiedenen Rahmenbedingungen. Hierbei ist auch wichtig, dass die Bezugspersonen eingeschult werden, um das Kind beim Erkennen und bei der Regulation des Levels unterstützen zu können. Bei diesem Programm können nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Gruppen mitwirken. Aus diesem Grund wird es in den USA bereits in den Schulen integriert. (Arasin & Winter 2009, p.39)

Dieses sehr zeitintensive Training besteht aus drei Stufen:

- 1) Identifikation der Drehzahl (Kinder und deren Bezugspersonen lernen die eigene Drehzahl – das Erregungslevel – einzuschätzen)
- 2) Experimentieren mit verschiedensten Methoden um die Drehzahl zu modifizieren (Therapeutinnen und Therapeuten lassen die Kinder mit Hilfe von sensomotorischen Methoden, sowie Schmecken, Bewegen, Hören usw., die Veränderung ihrer Drehzahl selbst erkennen)
- 3) Regulation der Drehzahl (Kinder können verschiedene Strategien zur Drehzahlregulation selbst wählen). (Arasin & Winter 2009, p.39)

Ein Fallbeispiel hierfür wäre:

Die Therapiestunde des 10-jährigen Tim beginnt damit, dass er gestresst von der Schule kommt und dadurch ein hohes Erregungslevel mitbringt (Schaefgen 2007, p.41). Durch die Beachtung der Erregung kann das Level beispielsweise durch das Schlagen auf einen Boxsack verringert werden. Somit kann sich der Junge wieder besser auf sitzende Tätigkeiten konzentrieren. Wird das Erregungslevel nicht berücksichtigt, ist dies für die Therapie nutzlos bzw. kann dieser sogar schaden. (Schaefgen 2007, p.41)

Ein weiteres sehr effektives Programm stellt das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) dar. Hierbei wird der Prozess, sowie das Vorgehen bei einer differenzierten Diagnostik genau erklärt. Durch das anschließende Training kann eine individuelle Therapie für den Patienten entwickelt werden. Somit werden aus den vorhandenen Behandlungsbausteinen, 16 kinder- und 20 familienzentrierten, die für das Kind wichtigsten Interventionen zusammengestellt. Der Therapieplan wird von Therapeuten und Eltern gemeinsam entwickelt. Dieses Programm beinhaltet eine eigene Eltern-Kind-Therapie, wobei vor allem auf positive Erlebnisse mit dem Kind geachtet wird. Bei den oben genannten familienzentrierten Interventionen werden den Eltern pädagogische Verhaltensweisen beigebracht, welche die Verhaltensprobleme vermindern können. Im Gegensatz dazu kümmern sich die Therapeutinnen und Therapeuten bei der kinderzentrierten Intervention um die Kinder in Form von Spieltrainings, Selbstmanagementinterventionen und Selbstinstruktionstraining. (Arasin & Winter 2009, p.38)

Zu einer erfolgreichen Therapie zählen nicht nur die Selbsteinschätzung, sondern auch Kontinuität und Ordnung von Räumen, sowie Stundenabläufen. Kinder sollen Strukturen lernen, also müssen sie ihnen auch geboten werden. (Kolberg 2006, p.390) Als Beispiel hierfür könnte sein, dass diese Kinder zu geregelten Zeiten Mahlzeiten zu sich nehmen. Wird diese Maßnahme durchgeführt, verbessert die Ergotherapie die Krankheit des Kindes.

Alleine in Deutschland gibt es bereits zirka 4.500 ambulante Ergotherapiepraxen, die hauptsächlich von Kindern genutzt werden. Deshalb befinden sich dort mittlerweile

Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, welche speziell auf die Behandlung von Kindern mit ADHS ausgebildet sind. (Winter 2010, pp.12-13)

Auch die Psychotherapie wird bei einer ADHS-Behandlung gerne genutzt. Auf diese Behandlungsform wird im nächsten Kapitel eingegangen.

5.3 Psychotherapie

Eine Psychotherapie kann das schwierige Verhalten eines Kindes mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung verbessern, da das Kind lernt sich selbst zu verstehen und zu äußern. Vor allem bei schwierigen Situationen innerhalb der Familie ist eine psychotherapeutische Aufarbeitung der richtige Ansatz. (Holland, Jarvis & Dahl 2007, p.272)

In diesem Bereich ist laut Rothenberger & Steinhausen (2005, p.14) die Verhaltenstherapie sehr wirksam. Vor allem verhaltenstherapeutische Elterntrainings weisen eine hohe Erfolgsquote auf. Hierbei wird den Eltern beigebracht wie erwünschtes Verhalten erreicht werden kann bzw. wie bei unerwünschtem Ereignis reagiert werden soll. Kinder lernen bei dieser Therapieart ihr Verhalten gezielter zu steuern. Ein wichtiger Bereich stellt die Reduktion von aggressiven Verhaltensweisen dar. (Rothenberger & Steinhausen 2005, p.14)

Für dessen Erreichung sind folgende Punkte relevant:

- Spezielle Probleme müssen herausgefunden werden
- Deren Auswirkungen werden analysiert
- Aufstellung von Regeln nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Eltern, um durch Kommunikation das Verhalten zu verbessern. (Schmeck et al. 2008, p.438)

Beim Erlernen von Selbststeuerung ist es wichtig, dass der Patientin/dem Patienten erklärt wird woraus seine Schwierigkeiten resultieren. Unter Berücksichtigung des Alters vom Kind entwickeln Expertinnen/Experten mit ihm einen Behandlungsplan mit Zielen, wobei durch den Einbezug des Kindes in die Planerstellung dessen Motivati-

on enorm steigt. Um komplizierte Tätigkeiten ausführen zu können, müssen erst einmal Basisfertigkeiten, wie genaues zuhören und hinschauen, gelernt werden. Damit die Motivation des Kindes noch weiter gesteigert wird, werden sogenannte Belohnungssysteme eingeführt. Hierbei bekommt das Kind nach vorher vereinbarten Regeln bei einem erwünschten Verhalten eine Wertmarke und bei unerwünschtem Verhalten wird eine entzogen. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.138-139) Diese Wertmarken können am Schluss durch Belohnungen, wie beispielsweise Stickers oder Kuscheltiere, eingetauscht werden.

Des Weiteren lernt das Kind bei der Selbststeuerung dem eigenen Körper Anweisungen zu geben und somit erst nachzudenken bevor Aktionen gesetzt werden. Hierbei ist es besonders wichtig die Einsicht des Kindes zu erreichen, um Veränderungen erzielen zu können. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.138-139)

Solche verhaltenstherapeutische Ansätze können in bestimmten Situationen auch ohne einer medikamentösen Therapie erfolgreich sein. Dazu zählen beispielsweise, wenn die Patientin/der Patient noch am Beginn vom Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom steht und somit die Lebensqualität noch nicht allzu stark beeinflusst ist. Trotz dieser Ansätze ist es besonders wichtig die Vorlieben der Patienten und der Eltern so weit wie möglich zu berücksichtigen. (Schmeck et al. 2008, p.438) Es ist wichtig die Eltern-Kind-Beziehung zu überwachen, in dem beispielsweise die Therapeutin/der Therapeut einen Tag lang den Alltag der Familie überwacht.

Kinder mit ADHS leiden an einer Bindungsstörung, wobei ständig um die Aufmerksamkeit der Mutter gekämpft wird. Um dies zu erreichen, macht das Kind durch hyperaktive Verhaltensweisen auf sich aufmerksam. Dies ist ihre/seine Strategie, um die Beachtung der Eltern zu bekommen, denn aus der Sicht des Kindes sind wichtige Personen in seinem Umfeld nie ausreichend für sie verfügbar. Hierbei kann insofern geholfen werden, indem die Therapeutin/der Therapeut sich in das Leben dieser Familie integriert, wobei sie/er alltäglich Konflikte miterlebt und auf die Interaktion einwirken kann. (Du Bois 2007, pp.303-304) Trotz der vielen Vorteile einer Psychotherapie gibt es Fakten, die nicht vergessen werden dürfen.

Das derzeit größte Problem einer psychologischen Therapie liegt dabei, dass es derzeit noch wenige Studien darüber gibt (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern 2008, p.223). Somit kann die Wirksamkeit darüber nur wage bestätigt werden.

Die Homöopathie, die Ergotherapie und die Psychotherapie stellen drei wichtige Behandlungen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung dar. Wobei die Homöopathie den Körper durch homöopathische Arzneimittel den Körper wieder ins Gleichgewicht bringt. Das Hauptaugenmerk der Ergotherapie liegt in Interventionen, die Hilfestellungen für den Alltag geben und die Psychotherapie verbessert das Verhalten des Kindes, indem es lernt mit sich selbst umzugehen. Dies sind jedoch nicht die einzigen Möglichkeiten zur ADHS-Bekämpfung. Es werden auch andere Therapien bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS durchgeführt.

5.4 Weitere Therapiemöglichkeiten

Dieses Kapitel zeigt weitere Therapiemöglichkeiten auf, welche wie die Homöopathie, die Ergotherapie und die Psychotherapie zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung führen können.

5.4.1 Pädagogisch-therapeutische Maßnahmen

Ergebnisse der Kinderpsychologie zeigen, dass emotionale Intelligenz ein wesentlicher Bestandteil für den Lebenserfolg von Personen ist. Da einige Symptome von ADHS nicht diesem Faktor entsprechen, stellt die Förderung der emotionalen Intelligenz ein primäres therapeutisches Ziel dar. (Frei 2009, p.13)

Der amerikanische Psychologe Daniel Goleman und die englische Psychotherapeutin Frances Wilks definieren emotionale Intelligenz in Form von sechs persönlichen und sozialen emotionalen Zuständen.

- **Selbstwahrnehmung:** Erkennen und Benennen von Gefühlen
- **Selbstmotivation:** Emotionen positiv zu nutzen
- **Selbstregulierung:** Emotionen selbst zu steuern

- **Umgang mit Beziehungen:** Verständnis für Emotionen von einem selbst und von anderen, sowie eine Kompromissbereitschaft
- **Empathie:** Einfühlungsvermögen ist wichtig für zwischenmenschliche Beziehungen
- **Verwandlung von Emotionen:** Negative Gefühle zu bedeutsamen verändern. (Frei 2009, p.14)

Die oberste Priorität zur Zielerreichung ist, dass Lehrerinnen und Lehrer, sowie die Eltern eine Vorbildfunktion in diesem Bereich für die Kinder einnehmen. Deshalb ist es wichtig, dass nicht nur diese selbst im Bereich dieses neuen Erziehungsansatzes geschult werden. (Frei 2009, p.14) Das Ziel einer Erziehung ist auch eine Änderung der Einstellung zu erreichen und nicht nur eine Veränderung des Verhaltens. Wäre dies das einzige Ziel, so könnte auch von Dressur gesprochen werden. Jedoch die Erziehung hingegen will den Patienten von den Forderungen des Erziehers überzeugen und einen Weg zur Selbsterziehung schaffen. (Stiehler 2007, p.87)

So sollte sich das Kind bei Überforderungen beispielsweise in einen ruhigen Raum zurückziehen können, um wieder neue Energie zu tanken. (Frei 2009, p.14)

5.4.2 Erziehung nach Moor

Laut Stiehler (2007, pp.89-91) ist das systematische Modell der Erziehung von Paul Moor das effektivste für Kinder mit ADHS. Bei diesem Modell müssen die Eltern sich selbst als auch ihre Kinder erziehen. Dies ist besonders wichtig, da Kinder mit dieser Krankheit das Gefühl angenommen zu werden brauchen. Des Weiteren sind solche Patientinnen und Patienten auf die Lenkung der Eltern angewiesen. Im Laufe dieser Erziehung sollen die Kinder dazu befähigt werden „sich selbst zu befehlen und zu gehorchen“. (Stiehler 2007, pp.89-91) Dafür müssen jedoch die Voraussetzungen passen.

Moor nennt drei erziehungsrelevante Größen:

- Wollen
- Können
- Empfänglichkeit. (Stiehler 2007, p.91)

Das Wollen bedeutet für ihn, sich an Idealen zu messen und zu erkennen, woran selbst noch gearbeitet werden muss. Er sieht diesen Bereich als sogenannte „Lebensführung“. Im Gegensatz dazu ist das Können die „Lebentechnik“, womit die Aufgaben erfüllt werden. Die Bereiche des Könnens sind vor allem die Antriebe und die Fähigkeiten. Die Empfänglichkeit kann nicht durch die Anstrengung der Personen erreicht werden, denn sie beschäftigt sich mit der Stimmungsseite eines Erlebens. Dabei kommt es nicht auf die Tätigkeiten an, sondern um jenen Gehalt, welcher zum tragenden Lebensinhalt werden kann. (Stiehler 2007, pp.91-93) So könnten beispielsweise ADHS-krankte Jugendliche mit gesunden Menschen zusammen in einen Raum gebracht werden, damit sie die Unterschiede zu anderen Personen selbst spüren. Das Können und die Empfänglichkeit werden von den Therapeutinnen und Therapeuten individuell bestimmt und gefördert.

Unter dessen Berücksichtigung sind für Moor drei Regeln der Erziehung Grundvoraussetzung:

1. „Erst verstehen, dann erziehen“ (Jedes Kind ist ein Individuum, deshalb kann keine Checklisten-Diagnose gestellt werden, welche sich lediglich an äußerlichem Verhalten orientiert.) (Stiehler 2007, pp.108-109)
2. „Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende“ (Hierbei geht es darum, dass das Ziel nicht nur die Heilung des Fehlers, sondern ein Aufbau des Fehlenden ist.) (Moor 1965 zit. in Stiehler 2007, p.112)
3. „Nicht nur das Kind, auch seine Umgebung ist zu erziehen.“ (Der innere Halt des Erziehers ist maßgeblich, um Erziehungsaufgaben übernehmen zu können) (Stiehler 2007, p.118)

5.4.3 Behandlung komorbider Störungen

Ein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom kann durch andere psychiatrische Krankheiten begleitet werden. So genannte komorbide Störungen können den Schweregrad der Beeinträchtigung enorm steigern. (Schwenck et al. 2007, p.28) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veröffentlicht, dass zwei Drittel der Kinder mit ADHS Begleitstörungen aufweisen. Wobei 50 Prozent der Kinder zusätzlich an einer Störung des Sozialverhaltens, 20 bis 25 Prozent unter Angststörungen, 10 bis 40 Prozent unter Depressionen und 10 bis 25 Prozent unter Teilleistungsstörungen leiden. (Paal 2007, p.27) Laut Schmeck et al. (2008, p.438) ist es deshalb von großer Bedeutung, komorbide Störungen gezielt zu therapieren. Denn sonst kann es sein, dass sich die ADHS-Symptome verbessern, jedoch die Begleitstörungen vorhanden bleiben (Paal 2007, p.27). Dafür sind klinische psychiatrische und neuropsychologische Untersuchungen notwendig (Schmeck et al. 2008, p.438). Diese Tests können zu dem Ergebnis kommen, dass solche Störung tatsächlich einen Zusammenhang mit ADHS hat oder dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen den zwei oder mehreren Krankheiten gibt (Schwenck et al. 2007, p.28).

Die Art der komorbiden Störung hängt unter anderem vom Geschlecht ab (Schwenck et al. 2007, p.37). Wobei männliche Patienten häufiger an einer Depression leiden als weibliche (Schwenck et al. 2007, p.32). So müssen beispielsweise Probleme der Grobmotorik, welche bei einem Viertel aller Kinder mit ADHS auftreten, individuell in psychomotorischen Behandlungen aufgegriffen werden. Des Weiteren ist für Sprachstörungen eine Logopädie und bei emotionalen Störungen eine psychotherapeutische Therapie notwendig. Ein Drittel aller ADHS-kranken Kinder leiden trotz hoher Intelligenz an einer Lese- und Schreibschwäche. (Schmeck et al. 2008, p.438)

5.4.4 Diät-Therapie

Diese Therapieform ist beliebt bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, obwohl in diesem Bereich nur wenige Studien vorhanden sind, welche einen Therapieerfolg bestätigen. Daher kann sie nicht als fundierte Therapie durchgeführt werden. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.168) Es haben bereits einige Personen verschiedenste Arten von Diäten entwickelt.

Eine Form dieser Therapie ist die Feingold-Diät, welche von dem kalifornischen Arzt Ben Feingold entwickelt wurde. Feingold behauptet, dass Nahrungsmittelzusätze, wie Farbstoffe bzw. Konservierungsmittel, der Grund dieser Erkrankung sind. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit ist die Hafer-Diät. Wobei eine Mainzer Apothekerin Hertha Hafer der Meinung ist, dass Phosphatzusätze, welche sich sowohl in Wurst als auch in Fleisch befinden, Hirnfunktionsstörungen hervorrufen würden. Diese beiden Diäten wurden von Expertinnen und Experten als ungeeignete Methode zur ADHS-Bekämpfung anerkannt. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.168-171)

Im Gegensatz dazu wurde 1995 die oligo-antigene Diät von Egger entwickelt. Diese Diät besteht aus drei Stufen:

1. Drei- bis vierwöchige Nahrung aus Nahrungsmittel, welche erfahrungsgemäß keine allergische Wirkung haben.
2. Bei einer sichtbaren Verbesserung werden weitere Nahrungsmittel hinzugegeben, bis sich der Gesundheitszustand des Kindes wieder verschlechtert.
3. Das Nahrungsmittel bei dem die Verschlechterung eingetreten ist, wird nicht mehr gegessen. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.171-172)

Dies ist die einzige Diät, welche laut den derzeitigen Behandlungsleitlinien als hilfreich gilt (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.172). Jedoch scheint diese Diät als allgemein hilfreich, nicht nur bei ADHS.

5.4.5 Akupunktur – chiropraktische Behandlung

Bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung wird öfters als Behandlungsform die Akupunktur oder eine chiropraktische Behandlung gewählt.

Die Akupunktur ist ein Teil der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Lan et al. (2009, p.946) kommen zum Ergebnis, dass die TCM bessere Behandlungserfolge von ADHS bei Kindern und Jugendlichen bringt als das Medikament Methylphenidat. Jedoch speziell die Akupunktur, die in Form von Einstichen mit dünnen Nadeln in genau definierten Punkten ihr Ziel erreicht (Kubiena 2007, pp.3-4) ist laut einer Studie von Li et al. (2011, p.18) trotz ihrer niedrigen Kosten nicht als Routinebehandlung für Kinder und Jugendliche mit ADHS zu empfehlen, da es derzeit zu wenige randomisierte kontrollierte Studien über die Wirksamkeit und die Sicherheit von einer Akupunkturbehandlung gibt. Dasselbe Ergebnis gilt für eine chiropraktische Behandlung, die durch Erkennen und bestimmte Handgriffe das Gleichgewicht des Körpers wiederherstellen soll.

Laut Karpouzis Bonello & Pollard (2010, p.8) gibt es somit auch für die chiropraktische Behandlung zu wenige Studien, welche die Wirksamkeit bestätigen.

5.4.6 PNF-Sprinter-/Skater-Konzept (physiotherapeutische Intervention)

Dieses physiotherapeutische Konzept bietet die Möglichkeit fehlerhafte Bewegungssteuerung zu korrigieren. Des Weiteren kann eine dauerhafte Verbesserung durch eine Automatisierung erreicht werden. Bei dieser Therapieart wird die Motorik durch ständiges Wiederholen und Aktivieren der Rezeptoren umgeformt. (Lang 2009, pp.14-15) „Mit einfachen koordinativen Strukturen ist das Übungsprogramm im Sprinter und Skater eine exzellente Methode, um Bewegung zu erlernen und sich an Bewegung zu erinnern“ (Tae-yoon 2009, p.10). Der Ursprung dieses Trainings liegt im Sport, wie bereits der Name schon erahnen lässt. Ein Beispiel hierfür wäre, dass während des Gehens verschiedene Körperteile koordiniert und unterschiedlich in

Stand- und Spielbeinphase bewegt werden. Somit wird die motorische Geschicklichkeit trainiert. (Tae-yoon 2009, pp.10-12)

Laut einer Studie von Lang (2009, p.18) zeigt sich, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung durch dieses Konzept nicht nur ihre motorischen Defizite abbauen können, sondern auch die Aufmerksamkeit verbessert wird.

6 BERATUNG DER ELTERN

Die Elternberatung gehört zu den wichtigsten Säulen einer ADHS-Behandlung im engeren Sinne (Ettrich & Ettrich 2007, p.90). Dies resultiert daraus, da Therapien das Mitwirken der Patientinnen und Patienten sowie der Eltern für deren Zielerreichung erfordern.

Fangen Kinder gleich lauthals zu weinen an, wenn sie nicht gleich das bekommen was sie wollen? Oder reagieren sie meist aggressiv mit Wutausbrüchen? Oder beteiligen sich Kinder nicht an Gruppenspielen, weil sie es bevorzugen alleine in der Ecke zu sitzen? Diese Fragen können unter anderem die Situation von Eltern beschreiben, deren Kinder an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung leiden. (Harland 2003, p.19)

Eltern eines ADHS-kranken Kindes sind meist erschöpft und ausgepowert. Oft wissen sie nicht mehr wie es weitergehen soll. Das Kind hält weder Regeln ein, noch hält es sich an Vereinbarungen. Somit gelangen viele Eltern an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.8) Sie sind ständig gereizt und das Zusammenleben ist oft nicht sehr erfreulich. Zu den meist gestressten Personen in der Familie zählt vor allem die Mutter, denn sie muss sich neben der Versorgung ihres kranken Kindes, auch noch um deren Geschwister kümmern, sowie den Haushalt und den Beruf gut meistern. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.67)

Wird die Diagnose ADHS bei Kindern gestellt, so geraten die Eltern oft in ein Wechselbad der Gefühle. Zum einen sind sie froh, dass sie nicht schuld für das Verhalten der Kinder sind, also nicht in der Erziehung versagt haben und ADHS als Krankheit diagnostiziert wurde. Zum anderen bereitet ihnen diese Krankheit Angst und Sorgen. Hier bleiben Fragen wie es jetzt weitergehen wird nicht verborgen. Eltern haben zudem Angst vor Ausgrenzungen und Misserfolgen. (Paal 2007, p.41)

Zu diesen ganzen Problemen kommen Hindernisse im sozialen Umfeld. So bekommen Schülerinnen und Schüler mit ADHS oft ärger in der Schule. Sie stören den Un-

terricht und fangen immer wieder einen Streit an, was wiederum zu Problemen zwischen Eltern und Lehrern führt. Des Weiteren lassen die Noten dieser kranken Kinder trotz deren Intelligenz zu wünschen übrig. (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.8) Dies resultiert daraus, da sie vieles was im Unterricht besprochen wurde durch ihre leichte Ablenkbarkeit verpassen. Diese schulischen Probleme ziehen sich mit bis nach Hause. Die Aufgaben können oft stundenlang dauern bis sie fertig sind, da sich Kinder mit ADHS leicht ablenken lassen. (Harland 2003, pp.20-21) In solchen Fällen bekommen Kinder nur wenig Akzeptanz, was sie wiederum traurig macht. Denn sie wären gerne wie andere Kinder und wollen sich länger konzentrieren, jedoch schaffen sie es nicht. (Harland 2003, p.21)

Durch die auffälligen Kinder kommt es auch zu Vorwürfen der Eltern von den Verwandten und Bekannten, dass die Kinder nicht richtig erzogen wurden. Somit haben Eltern oft das Gefühl versagt zu haben. (Warnke & Satzger-Harsch 2004, p.8) Dadurch wollen sie ihr Kind immer mehr, mit beispielsweise schweren Übungen fordern, was jedoch meistens schief geht. Wie folgende Abbildung zeigt, geraten Familienmitglieder, sowie Kindergärtnerinnen und Kindergärtner bzw. Lehrerinnen und Lehrer oft in einen Teufelskreis (Frölich & Metternich 2007, p.20).

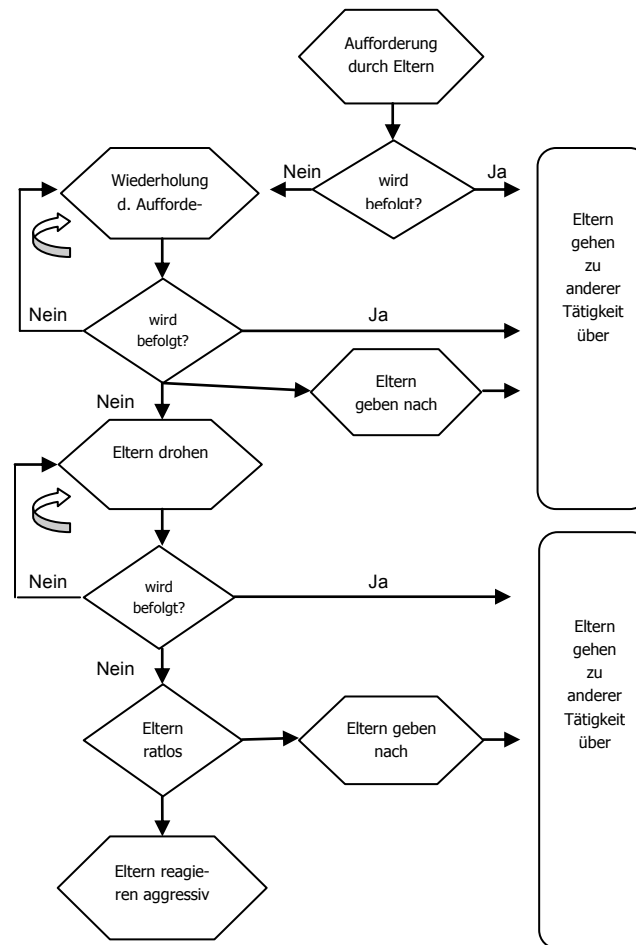


Abbildung 5: Der Teufelskreis (angelehnt an Frölich & Metternich 2007, p.21)

Dieser Teufelskreis beginnt damit, dass Eltern ihren Kindern eine Aufforderung stellen. Wird diese von den Kindern ignoriert, dann wiederholen sich die Erziehungsberechtigten des Öfteren. Danach kommt es zu Drohungen, welche aus der Ratlosigkeit der Eltern resultieren. (Frölich & Metternich 2007, pp.20-22) In diesem Fall ist es von großer Bedeutung, dass alle Mitglieder des Problems auch Mitglieder der Lösung werden. Um dies zu erreichen, wird Hilfe von außen benötigt, die gemeinsam mit allen beteiligten Personen an Lösungswegen arbeitet. (Brandau & Kaschnitz 2008, p.138) Denn wenn Eltern nach einer gewissen Zeit nachgeben und der Aufforderung nicht mehr nachgehen, dann zeigen sie den Kindern, dass sie nicht reagieren müssen, weil die Eltern sowieso irgendwann aufgeben. Somit wird das ADHS immer weiter verstärkt. Drohen die Eltern jedoch dem Kind zeigen sie ihm ein aggressives Modell mit dem sie ans Ziel kommen können. (Frölich & Metternich 2007, pp.22-23) Um dies vermeiden zu können, ist es von großer Bedeutung sich Hilfe von außen zu nehmen.

Die Lösung all dieser Probleme heißt: agieren statt reagieren! Das bedeutet, dass Strategien entwickelt werden müssen, die diese Probleme gar nicht erst auftreten lassen. Diese Kompetenz ist wichtig zu erlernen. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.67-68)

Doch bevor eine Expertin/ein Experte hinzugezogen wird, können Eltern beginnen die Abläufe der Familie zu strukturieren und somit Routinen zu entwickeln. Dies beugt unvorhergesehenen Dingen vor und vermindert somit die Probleme. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.77) Des Weiteren ist es von großer Bedeutung, dass Eltern in ihrem Umfeld ihren Standpunkt klar machen und die Mitmenschen darüber informieren, dass das störende Verhalten der Kinder durch eine Krankheit und nicht einen Charakterfehler hervorgerufen wird. Kinder mit ADHS sind entwicklungsverzögert, deshalb benötigen sie einen differenzierten Unterricht und Therapien. Dies sollte Rechtfertigung genug sein, dass das Kind nicht lächerlich gemacht wird. Ein weiteres Recht der Eltern besteht darin, dass sie ihr Kind an jeder Veranstaltung oder Einrichtung teilnehmen lassen können, den ADHS ist kein Grund für einen Ausschluss! (Jenett 2011, p.27) Bei der Auswahl der Veranstaltung sollte die mögliche Dauer der Aufmerksamkeit des Kindes berücksichtigt werden. Denn laut Winter (2010, p.19) darf nicht vergessen werden, dass die Konzentrationsdauer nicht bei jedem Kind gleich ist. Es passiert immer wieder, dass Kinder für ihr Alter entweder unterschätzt oder überstrapaziert werden (Winter 2010, p.19).

„Durchschnittliche Konzentrationsdauer am Stück, also ohne Pause:

Kinder mit

5 – 7 Jahren	15 Minuten
7 – 10 Jahren	20 Minuten
10 – 12 Jahren	20 – 25 Minuten
12 – 14 Jahren	ca. 30 Minuten“ (Winter 2010, p.19).

Bei den vielen Aufgaben die ein Kind bewältigen muss, ist es wichtig, dass es sich selbst organisieren kann.

Eltern können ihren Kindern Selbstorganisation lernen, welche bereits bei den Schulsachen beginnt. Wenn beispielsweise für jeden Gegenstand ein eigenes Schreibtischfach verwendet wird, können sie nicht durcheinander kommen. Diese Ordnung, dass alles auf seinem Platz ist, gilt nicht nur für Schulsachen, sondern prinzipiell im Alltag. Somit sollten Seifen, Haargel usw. immer am selben Platz stehen. (Taylor 2007, pp.41-42) Mit diesen Tipps können bereits viele Probleme gelöst werden. Trotzdem kommt es immer wieder zu Herausforderungen im Alltag.

Auch bei gemeinsamen Ausflügen gibt es einige Punkte, die beachtet werden müssen. Kinder mit ADHS reisen zwar für gewöhnlich sehr gerne, jedoch wirkt jede Veränderung für solche Kinder bedrohlich. Dies beginnt bereits mit der Enge im Autositz und geht weiter mit langen Wartezeiten. Daraus resultiert eine Unruhe des Kindes, die wiederum zu Problemen führt. Deshalb sind hier die Eltern gefragt. Es ist wichtig, den Kindern im Auto Platz zu machen. Des Weiteren sollten Eltern für Ablenkung sorgen. Dies funktioniert am besten mit Getränken, sowie mit verschiedenen Spielen und ausreichenden Pausen. Wenn die Reise mit der Bahn oder dem Flugzeug stattfindet, ist es von großer Bedeutung, dass genügend Zeit eingeplant wird, damit das Kind mit dem Ortswechsel zurechtkommt. Ein weiterer relevanter Tipp ist es Plätze zu reservieren, bzw. wenn möglich ein ganzes Abteil. Denn vielen Kindern mit ADHS wird bei Reisen oft schnell übel. (Jenett 2011, p.54) Dies sind zahlreiche Tipps welche die Eltern durchführen können, jedoch wird zur Behandlung von ADHS eine ärztliche Unterstützung benötigt.

Externe Hilfe kann im Bereich Verhaltensprogramme angenommen werden, welche für Kinder bereits im Kapitel Psychotherapie erläutert wurde. Diese Programme verbessern Problemsituationen durch Veränderungen der elterlichen Reaktionen, können Eltern bei Ordnungsstrukturen, klaren Botschaften sowie einer besseren Kommunikation mit ihren Kindern helfen. (Brandau & Kaschnitz 2008, p.139) Des Weiteren ist es für Eltern hilfreich bei Elternselbsthilfegruppen teilzunehmen, denn hier bekommen sie das nötige Verständnis, Kraft und Trost (Jenett 2011, p.29). Dazu kommt, dass sie sich sowohl von Betroffenen als auch von Fachleuten Hilfe bzw. Rat holen können (Ettrich & Ettrich 2007, p.90).

Wie bereits im Kapitel medikamentöse Therapie erwähnt, ist es von großer Bedeutung, dass sowohl Patientinnen und Patienten, unter Berücksichtigung ihres Alters und Entwicklungsstandes, als auch deren engsten Bezugspersonen, ärztliche Aufklärung erhalten. Weiterfolgend ist eine Beratung in Form einer Psychoedukation (Elterntraining) von Vorteil. Dies wirkt sich unter anderem positiv auf die Compliance, die Motivation, sowie das Verantwortungsbewusstsein aus. (Freisleder et al. 2007, p.282) Des Weiteren lernen Eltern bei einer Psychoedukation die Besonderheiten ihres Kindes zu verstehen und sie werden von ihren Schuldgefühlen befreit (Du Bois, Hoffmann & Kretz 2007, p.215). Oft stellen Eltern an deren Kindern Forderungen, welche nicht erfüllt werden und reagieren darauf sehr verärgert. Diese Belastungen können durch bestimmte Verhaltenskonsequenzen stark reduziert werden. (Schmeck et al. 2008, p.436)

Grundprinzipien für den Umgang der Eltern mit ADHS Kindern:

- Gelassenheit und Ruhe auf das Kind ausstrahlen
- Signale sollten klar, kurz und einfach formuliert werden
- Immer ein Auftrag nach dem anderen
- Gleich in der Situation reagieren und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt
- Kinder müssen geführt werden
- Weniger reden ist oft mehr. (Kolberg 2006, p.390)

Oft haften sich Eltern nur an die störenden Verhaltensweisen ihrer kranken Kinder, dadurch vergessen sie deren positiven Seiten zu fördern. Dies könnte durch selbst verfasste Listen mit Wünschen an das Kind, was es leicht durchführen kann, erreicht werden. So wäre beispielsweise das pünktliche Aufstehen und das selbst Anziehen des Kindes ein erreichbares Ziel. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.86-87)

Des Weiteren ist es wichtig, dass von klar aufgestellten Regeln nicht abgewichen wird (Schmeck et al. 2008, p.436). Denn Kinder mit ADHS müssen erst lernen wie sie mit Regeln umzugehen haben. Das ist besonders wichtig für deren Zusammenleben mit anderen Menschen. (Lougy & Rosenthal 2002, p.91) Probleme sollten schon vorausgesehen werden, um den Überblick zu bewahren. In Bezug auf das Verhältnis zum Kind ist es äußerst relevant es oft zu loben, denn dies gehört zu einer guten Be-

ziehung. Eltern mit einem ADHS-kranken Kind sollten nicht zu perfektionistisch sein, denn Perfektionismus ist nicht immer der beste Weg. (Schmeck et al. 2008, p.436) Es wäre von Vorteil, wenn sich Eltern in diesem Bereich Gedanken darüber machen, welche Verhaltensweisen des Kindes geduldet werden können und welche gar nicht. Um dies zu veranschaulichen und es sich immer wieder in die Gedanken rufen zu können, könnte eine Liste darüber angefertigt werden. Hierbei ist es auch wichtig, dass sich die Eltern Verhaltensweisen ihrer Kinder vor Augen halten, welche sie ignorieren, wie beispielsweise jammern oder das Zuschlagen der Türen. So können sie besser mit solchen Situationen umgehen, wenn die Erziehungsperson nicht auf so ein Verhalten eingeht. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.82) Aber auch in anderen Alltagssituationen können Eltern viele Probleme im Vorhinein lösen.

Denn solche Situationen, wo Kinder die Regeln verletzen könnten, sollten bevor die Mitmenschen verärgert werden bereits unterbunden werden (Koch, Kussmaul & Naussed 2006, p.348). Gerade in bestimmten Situationen, wie beispielsweise beim Essen, ist es besonders wichtig vier bis fünf Regeln aufzustellen, um die Tischsitten zu bewahren. So wie alle anderen Kinder mögen Kinder mit ADHS gewisse Menüs nicht, jedoch reagieren sie viel dramatischer und verschlechtern die Situation. Deshalb ist es in solchen Fällen von Vorteil, wenn die Kinder auf den Erhalt von unbeliebten Speisen rechtzeitig aufmerksam gemacht werden und ihnen ein akzeptabler Ausweg angeboten wird. (Jenett 2011, p.38)

Tritt jedoch das Verhalten des Kindes auf, welches sie als unakzeptabel empfinden, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Starke Emotionen sollten vermieden werden, sonst wird die objektive Sichtweise getrübt.
- Die Kinder den verursachten Schaden mit beheben lassen.
- Dem Kind signalisieren, dass die Situation jetzt ernst ist, indem die Stimmlage bzw. der Tonfall angepasst wird.
- Beim Ermahnen des Kindes darauf achten, dass einmal reicht und dies keine Wiederholungen erfordert.
- Bei solchen Verhaltensweisen sollten bereits vorher überlegte Konsequenzen vorhanden sein. (Lauth, Schlottke & Naumann 2009, pp.83-84)

Eltern müssen wissen, dass Kinder mit ADHS ihre Umgebung anders wahrnehmen. Sie verstehen Mimik und Gestik nicht oder nur teils, deshalb ist es wichtig sich an gewisse Regeln zu halten, falls es doch einmal zu einem Streit kommt. (Jenett 2011, p.39) Wie bereits im Kapitel „Übersicht über das Krankheitsbild ADHS“ erwähnt, kann es bei Jugendlichen mit ADHS zu aggressivem Verhalten kommen. Es kommt oft zu heftigen Auseinandersetzungen mit anderen Jugendlichen, wobei die erkrankte Person dabei kein Scham- bzw. Schuldgefühl zeigt. Dies ist der Fall, da sie weniger emotional reagieren als gesunde Menschen. Deshalb kommen sie schnell erneut in gleiche Situationen. (Harland 2003, p.21) Um bestmöglich mit den Kindern umgehen zu können, sind folgende Regeln wichtig einzuhalten.

Diese Regeln gelten nicht nur für die Eltern, sondern auch für alle Mitmenschen dieser Kinder (Jenett 2011, p.39).

- Ein ruhiges Auftreten ist das wichtigste.
- Kommt es zu einem Streit zwischen Geschwistern dürfen die Eltern nicht die Schiedsrichterrolle einnehmen bzw. sollten verraten gleich untersagen.
- Um den Kindern ein anderes Verhalten zu erlernen ist es wichtig in Ich-Botschaften zu sprechen.
- Geschwister eines Kindes mit ADHS müssen nicht auf dieses Rücksicht nehmen.
- ADHS-kranke Kinder sollten beim Spielen nicht kontrolliert werden. (Jenett 2011, p.39)

Kinder mit ADHS haben einen übermäßigen Bewegungsdrang (Lohaus, Domsch & Fridrici 2007, p.84). Ein Grund dafür ist, dass sich diese Kinder im Alltag oft so fühlen wie gesunde Menschen „nach einem Mückenstich“. Das bedeutet, wenn wir uns zu kratzen beginnen ist es schwierig wieder damit aufzuhören. Dies beeinträchtigt diese Kinder nicht, sondern fördert lediglich ihr Wohlbefinden. Somit ist es von großer Bedeutung, dass Eltern die Bewegung ihrer Kinder zulassen. Trotzdem fordern manche Situationen Ruhe und Aufmerksamkeit, welche besonders gut mit duftenden Bleistiften, scharfen Pfefferminzdrops oder Samttücher erreicht werden kann. (Winter 2010, p.122)

Des Weiteren kann eine Erinnerungsstrategie angewandt werden. Dies bedeutet, dass bei unerwünschten Verhaltensweisen der Kinder auch nonverbale Kommunikation, in Form von „Gelben Karten“, welche „Stopp!“ bedeuten, sehr hilfreich sein kann. (Jenett 2011, p.48)

Um diesen Alltagsdruck von ADHS-kranken Kindern standhalten zu können, ist es von großer Bedeutung, dass Eltern auch ihre eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und denen nachgehen (Schmeck et al. 2008, p.436).

Wie folgende Abbildung zeigt, gehört zum Alltag der Eltern von Kindern mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom mehr als nur der Umgang mit den Kindern.

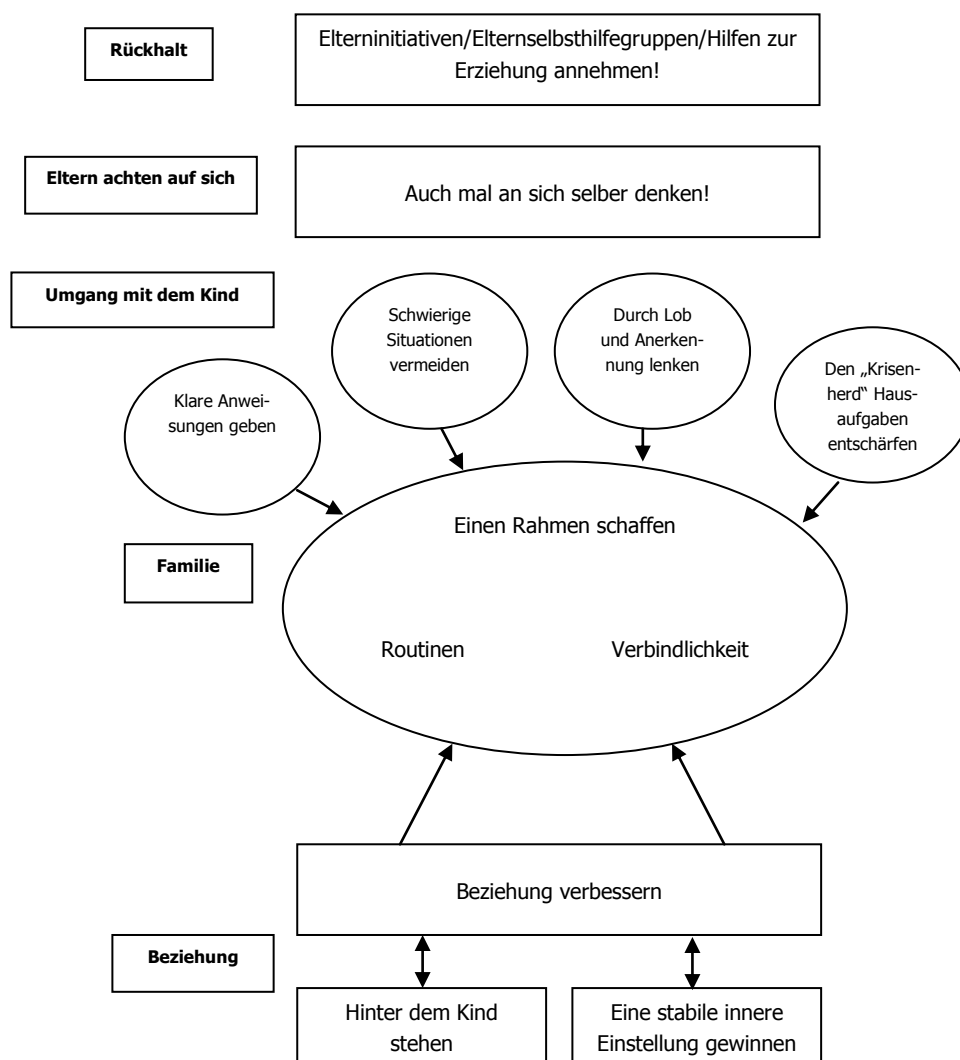


Abbildung 6: Was Eltern im Alltag tun können (angelehnt an Lauth, Schlottke & Naumann 2009, p.99)

Um Eltern immer wieder daran zu erinnern, kann die Psychoedukation in Form von schriftlichen Hilfen gefestigt werden (Schmeck et al. 2008, p.436).

Es ist auch von großer Bedeutung, dass die oben genannten Ängste der Eltern umgewandelt werden und sie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung als Chance sehen. Neben den Schattenseiten dieser Krankheit ist es wichtig sich die positiven Eigenschaften vor Augen zu halten. Kinder mit ADHS haben eine unerschöpfliche Energie, sie sind risikobereit, haben hohe empathische Kompetenzen und sind meist sehr kreativ. Mit einer strikten Selbstorganisation können diese Gaben zum Vorschein kommen. (Paal 2007, pp.41-42) Dies wird dadurch bestätigt, dass auch berühmte Politiker wie Benjamin Franklin und Winston Churchill, sowie Wolfgang Amadeus Mozart an ADHS litten. Mozart hat durch seine genialen musikalischen Werke die Nachwelt damit beeinflusst. (Paal 2007, p.42)

Daher müssen Eltern darauf achten, dass sie ihr Kind nie im Stich lassen, dessen Stärken suchen und fördern, den Mut für ungewöhnliche Wege aufbringen und vor allem dem Kind Vertrauen schenken (Paal 2007, p.11).

Zusammenfassend für dieses Kapitel kann gesagt werden, dass Eltern mit einem ADHS-kranken Kind Strategien entwickeln müssen, um Probleme bereits im Vorhinein zu minimieren. Ein gutes Beispiel hierfür sind die Regeln, welche aufgestellt werden und sich die Kinder daran halten müssen. Weitere Schwierigkeiten können durch das Schaffen einer Routine vermieden werden. Denn dadurch fällt Kindern und Jugendlichen, die an ADHS leiden, der Alltag leichter.

Externe Hilfe kann den Eltern durch eine Psychoedukation geboten werden. Hier lernen sie mit ihren Kindern umzugehen und können sich mit anderen Betroffenen austauschen.

7 DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit war es, mögliche Therapiearten bei Kindern und Jugendlichen mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom zu recherchieren und herauszufinden welche Beratung deren Eltern benötigen.

Die zu Beginn definierten Forschungsfragen wurden durch die verwendete Literatur beantwortet. Durch die begrenzten finanziellen Möglichkeiten könnten jedoch wichtige Informationen verloren gegangen sein. Dennoch wurde die Sichtung und Strukturieren zum Thema „ADHS bei Kindern und Jugendlichen – Der Unterschied von der Standardtherapie zu komplementären Therapiemöglichkeiten, sowie Beratung der Eltern“ durchgeführt bzw. der aktuelle Forschungsstand aufgezeigt und analysiert.

In Bezug auf die durch die Literaturrecherche gewonnenen Daten konnten zwischen den Autorinnen und Autoren einige Unstimmigkeiten festgestellt werden. So wird laut Tschacher & Feuz (2011) ADHS als eine Extremform des schwierigen, ungebärdigen, ungezogenen Kindes, das nicht tut, was man ihm sagt, und keine Ruhe geben will beschrieben. Dieses Zitat muss relativiert werden indem sich vor Augen gehalten wird, dass es sich bei ADHS um eine Krankheit handelt und das Kind sein Verhalten nicht selbst steuern kann. Daher ist es wichtig das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom zu behandeln, denn sonst können sowohl Lern-, Leistungs- als auch Entwicklungsstörungen des Kindes auftreten.

Die vorhin genannten Unstimmigkeiten zeigten sich vor allem in der Wahl der Therapieform. Die einen befürworten lediglich die medikamentöse Therapie und die anderen wiederum komplementäre Behandlungsmethoden. Iversen, Dilling & Dilling (2009) erkannten bereits das Problem der Behandlung durch Medikamente. Ihrer Meinung nach ist dieses Thema voll von Mythen, Kritikern, Skeptikern, Außenseitern, persönlichen Vorstellungen, messianischen Botschaften, Enthusiasten, echter Wissenschaft und Pseudowissenschaft. Fakt ist, dass die medikamentöse Therapie derzeit in vielen Ländern noch als Standardtherapie angesehen wird. Hierbei splitten sich die Meinungen der Autorinnen und Autoren ob dies das richtige ist. Derzeit feh-

len noch immer Studien über die Langzeitwirkungen von Medikamenten. Daher fordern laut Frei (2009) viele Psychiater, dass diese nur mehr eingesetzt werden, wenn andere bereits durchgeführte Therapien nicht mehr ausreichen, die Familie mit der Situation nicht mehr zu Recht kommt oder wenn große Probleme von der Schule drohen.

So ist Iversen, Dilling & Dilling (2009, p.68) der Meinung, dass Amphetamine zu den Medikamenten mit dem höchsten Suchtrisiko zählen. Dabei stellt er sich die Frage warum Kinder ab drei Jahren diese verschrieben bekommen? (Iversen, Dilling & Dilling 2009, p.68) Im Gegensatz dazu gibt es Fachleute welche behaupten, dass es unethisch sei den Kindern Medikamente vorzuenthalten. Dies resultiert daraus, dass die Einnahme von Medikamenten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit aufweist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zu verbessern. Trotz dieser erfreulichen Wirkung können auch einige Nebenwirkungen, wie beispielsweise Schlafprobleme oder Schmerzen im Bauch, Kopf oder Magen, auf diese Kinder zu kommen. Es ist vor allem wichtig, dass Medikamente nicht unreflektiert verschrieben werden. Des Weiteren ist laut Freisleder (2007) zu bedenken, dass mit einer medikamentösen Therapie die Konzentration, motorische Hyperaktivität und die Steuerungsfähigkeit verbessert wird, nicht aber die Verhaltensmuster geändert werden.

Daher sind sich viele Autorinnen und Autoren darüber einig, dass eine Kombination von mehreren Therapieformen die beste Lösung sei. Hierbei wäre es von Vorteil, wenn zu Beginn einer Behandlung beispielsweise die Homöopathie, die Ergotherapie oder die Psychotherapie durchgeführt werden. Kommt es dadurch noch zu keiner Verbesserung sollte mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden. Eine Behandlung mit Medikamenten ist laut Lauth (2009) in Zusammenhang mit verschiedensten komplementären Therapieformen effektiver. Dies wird beispielsweise auch durch die amerikanische Studie „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“ bestätigt. Jedoch ist hierbei laut Schmeck et al. (2008, p.437) zu beachten, dass sich die Patientin/der Patient sowie seine Umwelt in regelmäßigen Abständen modifiziert und somit müssen die Behandlungsformen immer wieder bewertet und an den Patienten neu angepasst werden.

7.1 Beantwortung der Forschungsfragen

1. Was wird unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom bei Kinder und Jugendlichen verstanden?

ADHS ist eine neurobiologische Krankheit. Sie weist die Symptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in einem Übermaß auf.

2. Welche komplementären Therapiemöglichkeiten gibt es?

Hierzu zählen vor allem die Homöopathie, die Ergotherapie und die Psychotherapie. Des Weiteren können pädagogisch-therapeutische Maßnahmen, die Erziehung nach Moor, die Behandlung von komorbiden Störungen, die Diät-Therapie, Akupunktur und chiropraktische Behandlungen und physiotherapeutische Interventionen wie das PNF-Sprinter-/Skater-Konzept zur Verbesserung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung beitragen.

3. Wie unterscheidet sich die Standardtherapie von komplementären Therapiemöglichkeiten?

Unter der Standardtherapie wird derzeit noch die medikamentöse Therapie verstanden. Sie unterscheidet sich von den komplementären Behandlungsmöglichkeiten vor allem in der Art und Weise wie sie durchgeführt wird.

4. Welche Beratungen benötigen Eltern von ADHS-Kindern?

Das wichtigste jeder Behandlung ist, dass auch die Eltern über den Therapieverlauf genauestens informiert werden. Des Weiteren gibt es viele Möglichkeiten, wie Eltern die Probleme mit ihren kranken Kindern minimieren können ohne fremde Hilfe dafür zu benötigen.

7.2 Schlussfolgerung

Das wichtigste einer jeden Behandlung ist, dass sowohl die Betroffenen als auch deren Eltern über die Therapie aufgeklärt werden, denn nur so können sie sich mit dieser identifizieren und ihr bestes für dessen Erfolg geben. Es gibt auch viele Bereiche bei denen Eltern bereits außerhalb der Therapie die Probleme mit ihren Kindern vermindern können. Hier ist es beispielsweise von großer Bedeutung, dass Eltern für ihre Kinder Regeln aufstellen, welche nicht gebrochen werden dürfen. Kinder mit ADHS müssen lernen wie sie mit Regeln umzugehen haben. Denn ein Leben ohne Regeln erschwert das Zusammenleben mit anderen Menschen. Halten sich diese Kinder an die vereinbarten Regeln, dann ist es besonders wichtig ist, dass sie Lob und Belohnungen bekommen. Verstößen sie gegen die Regeln, so kann es die Nerven der Eltern enorm strapazieren. Daher dürfen Eltern mit einem ADHS-kranken Kind trotz der vielen Probleme und der für sie eventuell oft provozierend wirkenden Art nicht vergessen, dass diese Kinder ihr Verhalten nicht böse meinen. Dies wird meist in der Hektik vergessen. Denn Kinder mit ADHS besitzen auch viele bemerkenswerte Fähigkeiten, welche gefördert werden müssen.

Trotz der vielen Möglichkeiten denen den Patienten und den Eltern von ADHS-kranken Kindern geboten werden, sind die Therapieformen derzeit noch viel zu wenig erforscht. Es ist wichtig, dass Langzeitstudien über alle Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden, um bei den Kindern und Jugendlichen die geeignetsten Therapien mit den wenigsten Nebenwirkungen anwenden zu können.

8 LITERATURVERZEICHNIS¹

Arasin, B & Winter, B 2009, 'Therapiekonzepte im Vergleich' in *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. eds B Winter & N Annunciato, Thieme, Stuttgart, pp. 38–48.

Bakhshayesh, AR 2010, *Die Wirksamkeit von Neurofeedback im Vergleich zum EMG-Biofeedback bei der Behandlung von ADHS-Kindern*, GRIN Verlag, s.l.

Batra, A & Angenendt, J (eds.) 2006, *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete*, Thieme, Stuttgart.

Becker, H & Augustin, A (eds.) 2006, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*, Thieme, Stuttgart.

Benkert, O, Hautzinger, M & Graf-Morgenstern, M 2008, *Psychopharmakotherapie für Psychologen*, Springer-Verlag, Heidelberg.

Bloch, MH, Panza, KE, Landeros-Weisenberger, A & Leckman, JF 2009, 'Meta-analysis: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorder', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no. 48, pp. 884–893.

Bonney, H (ed.) 2011, *Neurobiologie für den therapeutischen Alltag. Auf den Spuren Gerald Hüthers*, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen.

Brandau, H 2004, *Das ADHS-Puzzle. Systemisch-evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven*, Springer, Wien.

¹ Erstellt mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogrammes „Citavi“ (Citavi 2011)

Brandau, H & Kaschnitz, W 2008, *ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und soziale Arbeit*, Juventa-Verlag, Weinheim.

Dammasch, F 2006, 'ADHS - endlich hat das Kind einen Namen. Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur Bedeutung von Ritalin' in *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*, eds M Leuzinger-Bohleber, Y Brandl & G Hüther, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, pp. 189–222.

DeMaria, R 2005, *Dr. Bob's guide to stop ADHD in 18 days. Stop medicating treat ADHD, ADD, ODD--hyperactivity naturally!*, Drugless Healthcare Solutions, Elyria OH.

Dietz, B (ed.) 2009, *Let's sprint, let's skate. Innovationen im PNF-Konzept*, Springer-Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.

Döpfner, M, Frölich, J & Metternich, TW 2007, *Ratgeber ADHS. 2*, Hogrefe Verlag, s.l.

Döpfner, M & Lehmkuhl, G 2002, 'Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, vol. 51, no. 6, pp. 419–440.

Drüe, G 2007, *ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit*, Kohlhammer, Stuttgart.

Du Bois, R 2007, 'Psychoanalytische Modelle zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung des ADHS', *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, vol. 56, no. 4, pp. 300–309.

- Du Bois, R, Hoffmann, F & Kretz, F 2007, 'Anästhesie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)' in *Anästhesie und Intensivmedizin bei Kindern*, ed FJ Kretz, Thieme, Stuttgart, pp. 213–219.
- Ettrich, C & Ettrich, KU 2007, *Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche*, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Farrar, A 2011, *ADHD*, Twenty-First Century Books, Minneapolis.
- Frei, H 2009, *Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. Ein systematisches Therapiekonzept*, MVS Medizinverlage Stuttgart, Stuttgart.
- Freisleder, FJ, Pothmann, R, Richter-Unruh, A & Schlamp, D 2007, 'Schulkindalter' in *Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin. Strategien für Klinik und Praxis*, ed W Kiess, Elsevier Urban & Fischer, München, pp. 267–296.
- Freitag, CM, Retz, W & Banaschewski, T (eds.) 2007, *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Gaßmann, M, Marschall, W & Utschakowski, J (eds.) 2006, *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care*, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Gelb, M & Gelb, D 2010, *ADS/ADHS. Ein Ratgeber für Eltern, Pädagogen und Therapeuten*, Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Wetzlar.
- Harland, S 2003, *Hyperaktiv oder hochbegabt?*, Ehrenwirth, Bergisch Gladbach.
- Härtling, F 2011, *KAPPE: Kurzes ADHS-Psychoedukationsprogramm für Eltern*, Thieme, Stuttgart, New York.

- Häßler, F (ed.) 2009, *Das ADHS Kaleidoskop. State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz*, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Haubl, R & Liebsch, K 2010, 'Einführung' in *Mit Ritalin® leben*, eds R Haubl & K Liebsch, Vandenhoeck Ruprecht, s.l., pp. 7–15.
- Haubl, R & Liebsch, K (eds.) 2010, *Mit Ritalin® leben*, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen.
- Heirs, M & Dean, ME 2009, 'Homeopathy for attention deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder. Review', *The Cochrane Library*, no. 1, pp. 1–3.
- Holland, K, Jarvis, S & Dahl, K 2007, *Kindergesundheit für Dummies*, Wiley-VCH Verlag, Weinheim.
- Huppertz, VS 2009, *ADS, ADHS, Hyperaktivität. Liebevoller Wege die helfen können! ; ein Buch für Eltern und Kinder mit tollen Übungen!*, ausZeit Verlag, Dürrholz.
- Iversen, L, Dilling, H & Dilling, K 2009, *Speed, Ecstasy, Ritalin. Amphetamine - Theorie und Praxis*, Huber, Bern.
- Jenett, W 2011, *ADHS. 100 Tipps für Eltern und Lehrer*, Schöningh, Paderborn.
- Karpouzis, F, Bonello, R & Pollard, H 2010, 'Chiropractic care for paediatric and adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A systematic review', *Chiropractic & Osteopathy*, vol. 18, no. 13, pp. 1–11.
- Kiess, W (ed.) 2007, *Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin. Strategien für Klinik und Praxis*, Elsevier Urban & Fischer, München.

- Koch, G, Kussmaul, C & Naussed, W 2006, 'Kinder- und Jugendpsychiatrie' in *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care*, eds M Gaßmann, W Marschall & J Utschakowski, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 337–354.
- Kolberg, A 2006, 'Ergotherapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' in *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*, eds H Becker & A Augustin, Thieme, Stuttgart, pp. 379–394.
- Kretz, FJ (ed.) 2007, *Anästhesie und Intensivmedizin bei Kindern*, Thieme, Stuttgart.
- Kutscher, ML 2008, *ADHD. Living without brakes*, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia.
- Kubiena, G 2007, *Praxishandbuch Akupunktur*, Elsevier Urban & Fischer, München, Jena.
- Lan, Y, Zhang, LL & Lou, R 2009, 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: Comparative Efficacy of Traditional Chinese Medicine and Methylphenidate', *The Journal of International Medical Research*, no. 37, pp. 939–948.
- Lang, E 2009, 'Förderung von Kindern mit ADHS mittels physiotherapeutischer Intervention. PNF-Sprinter-/Skater-Konzept' in *Let's sprint, let's skate. Innovationen im PNF-Konzept*, ed B Dietz, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 14–18.
- Lauth, GW 2009, 'Multimodales Behandlungskonzept' in *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. eds B Winter & N Annunciato, Thieme, Stuttgart, pp. 16–37.
- Lauth, GW, Schlottke, PF & Naumann, K 2009, *Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei ADHS*, Deutscher Taschenbuch-Verlag, München.

- Leuzinger-Bohleber, M, Brandl, Y & Hüther, G (eds.) 2006, *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Li, S, Yu, B, Zhou, D, He, C, Kang, L, Wang, X, Jiang, S & Chen, X 2011, 'Acupuncture for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and adolescents. Review', *The Cochrane Library*, no. 4, pp. 1–29.
- Lohaus, A, Domsch, H & Fridrici, M 2007, *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Lougy, RA & Rosenthal, DK 2002, *ADHD. A survival guide for parents and teachers*, Hope Press, Duarte CA.
- Martin, JW 2011, *ADHS: Beyond the Meds. A revolutionary non-drug approach to managing ADD/ADHD in children and adults*, Xulonpress, United States of America.
- Müller, A, Candrian, G & Kropotov, JD 2011, *ADHS - Neurodiagnostik in der Praxis*, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Moor, P 1965, *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch* zitiert in Stiehler, M 2007, *Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor*. Univ., Diss.--Würzburg, 2006., Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Neuhaus, C 2009, *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung*, Kohlhammer, Stuttgart.
- Neuhaus, C 2009, *Neuropsychotherapie der ADHS. Das Elterntaining für Kinder und Jugendliche (ETKJ ADHS) unter Berücksichtigung des selbst betroffenen Elternteils*, Kohlhammer, Stuttgart.

- Paal, D 2007, *ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Alle Alternativen zu Ritalin Co.*, Herbig, München.
- Philipsen, A, Richter, H & Hesslinger, B 2006, 'Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter' in *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete*, eds A Batra & J Angenendt, Thieme, Stuttgart, pp. 339–355.
- Pringsheim, T & Steeves, T 2011, 'Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders. Review', *The Cochrane Library*, no. 4, pp. 1–3.
- Rothenberger, A & Steinhausen, H 2005, *Medikamente für die Kinderseele. Ein Ratgeber zu Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*, Hogrefe Verlag, s.l.
- Schaeffgen, R 2007, *Praxis der sensorischen Integrationstherapie. Erfahrungen mit einem ergotherapeutischen Konzept*, Thieme, Stuttgart.
- Schmeck, K, Albermann, K, Bader, M, Hänggeli, CA, Ryffel, M, Zollinger, M & Steinhausen, H 2008, 'Behandlung von Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen', *Schweizerisches Medizinisches Forum*, no. 8, pp. 436–439.
- Schwenck, Christina, Walitza, S & Warnke, A 2007, 'Komorbide Störungen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter und ihre Therapie' in *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen*, eds CM Freitag, W Retz & T Banaschewski, Kohlhammer, Stuttgart, pp. 28–40.
- Skrodzki, K, Endres, M, Moisl, S, Wolf, S & Schlamp, D 2006, 'Verhaltensauffällige Jugendliche' in *Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft*, eds B Stier & N Weissenrieder, Springer, Heidelberg, pp. 295–310.

Stiehler, M 2007, *Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor*. Univ., Diss.--Würzburg, 2006., Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

Stier, B & Weissenrieder, N (eds.) 2006, *Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft*, Springer, Heidelberg.

Struwwelpeter, *Die Geschichte vom Zappel Philipp*. Available from:
<http://www.struwwelpeter.com/SP/phil1.php> [04 January 2012].

Suchodoletz von, W 2009, 'ADHS und umschriebene Entwicklungsstörungen' in *Das ADHS Kaleidoskop. State of the Art und bisher nicht beachtete Aspekte von hoher Relevanz*, ed F Häßler, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, pp. 7–22.

Taylor, BES 2007, *ADHD & me. What I learned from lighting fires at the dinner table*, New Harbinger Publications, Oakland CA.

Tae-yoon, K 2009, 'PNF-Training mit Sprinter- und Skater-Koordinationspatterns' in *Let's sprint, let's skate. Innovationen im PNF-Konzept*, ed B Dietz, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 10–12.

Tschacher, W & Feuz, S 2011, 'ADHS: Ein kritischer Überblick zu einer Modediagnose' in *Neurobiologie für den therapeutischen Alltag. Auf den Spuren Gerald Hüthers*, ed H Bonney, Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen, pp. 59–76.

Warnke, A & Satzger-Harsch, U 2004, *ADHS. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom ; klare Antworten auf die 25 häufigsten Fragen ; für Eltern und Lehrer: so handeln Sie richtig*, TRIAS, Stuttgart.

Winter, B 2010, *"Komm, das schaffst Du!". Aufmerksamkeitsprobleme und ADHS ; ergotherapeutische Alltagshilfen für mehr Konzentration, Selbstständigkeit, Selbstvertrauen*, TRIAS, Stuttgart.

Winter, B & Annunciato, N (eds.) 2009, *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*, Thieme, Stuttgart.

World Health Organization, *Definition of Health*. Available from:
<https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html> [26 October 2011].