

Bachelorarbeit

ADHS im Kindesalter

eingereicht von

Madej Urszula

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

(BSc)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Im Rahmen der Lehrveranstaltung

„Physiologie“

Unter der Anleitung von

Ao. Univ. – Prof. Dr. phil. Anna Gries

November 2016

Eidesstattliche Erklärung

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

St. Stefan/Leoben, November 2016

Madej Urszula eh.

Kurzzusammenfassung

Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern. Die Diagnose basiert auf Anamnese und klinischer Präsentation. Es gibt drei Gruppen von Symptomen: Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Erste Zeichen erscheinen vor dem Alter von 7 Jahren. Sie machen das tägliche Funktionieren eines Kindes erheblich schwieriger. Wegen des Risikos von vielen ernsten Komplikationen sollte ADHS behandelt werden. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die wichtigsten Probleme in Bezug auf die Diagnose und Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung zu präsentieren. Eine geeignete Psychoedukation und Psychotherapie stellt die Grundtherapie von ADHS. Pharmakotherapie ist der letzte Ausweg in der Behandlung von Kindern. Stimulierende Medikamente sind die Basis der pharmakologischen Behandlung, vor allem Methylphenidat. Komplexe Therapie bringt die besten Effekte.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
2. ADHS – was ist das?	7
2.1 Klassifikationsansätze.....	9
2.1.1 Klassifikation der Störung nach dem ICD-10.....	10
2.1.2 Klassifikation der Störung nach dem DSM-IV.....	11
3. Symptome.....	12
3.1 Aufmerksamkeitsschwäche	12
3.2 Impulsivität.....	14
3.3 Hyperaktivität	15
4. Ursachen der ADHS.....	16
4.1 Neurobiologische Faktoren.....	16
4.2 Psychosoziale Faktoren.....	17
4.3 Das Interaktionsmodell.....	18
5. Diagnose.....	21
5.1 Medizinische Diagnose und Differentialdiagnose.....	21
5.2 Psychologisch-heilpädagogische Diagnose/Förderdiagnose.....	25
5.3 Psychosozial-systemische Diagnose.....	25
6. ADHS Typische Probleme der Betroffenen.....	26
6.1 Probleme des Kindes	26
6.2 Probleme der Eltern	27
7. Therapie.....	28
7.1 Medikamentöse Behandlung	29

7.2 Psychotherapie.....	31
7.3 Verhaltenstherapie.....	32
7.4 Ergotherapie.....	33
7.5 Spieltraining und Spieltherapie.....	33
7.6 Familientherapie.....	34
8. Diskussion und Schlussfolgerung.....	36
9. Anhang.....	38
Literaturverzeichnis.....	38
Internetquellen.....	39
Abbildungsverzeichnis.....	40
Tabellenverzeichnis.....	40

1. Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter, die in verschiedenen Ländern und Kulturen in ungefähr gleicher Häufigkeit vorkommt.

„ADHS“ bezeichnet eine Aufmerksamkeits-Störung mit Hyperaktivität, die sich durch ausgeprägte Bewegungsunruhe mit starkem Bewegungsdrang, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie impulsivem und unüberlegtem Verhalten äußert.

In Deutschland zeigen, laut Experten, zwei bis sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen Merkmale einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität. Jungen sind drei- bis neunmal häufiger betroffen als Mädchen. (<http://www.edizin.de/de/a-z/krankheiten-von-a-z,s-a0-gs.hyperaktivitaet-im-kindesalter-adhs.html> Zugriff 25.10.2016)

Die vorliegende Arbeit liefert einen Einblick in die Thematik von ADHS im Kindesalter. Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich darlegen, was ADHS eigentlich ist. Weiters möchte ich auf die möglichen Symptome und Ursachen von ADHS eingehen. Hierbei werde ich vor allem auf die Aufmerksamkeitsschwäche, Impulsivität und Hyperaktivität sowie auf Neurobiologische und Psychosoziale Faktoren eingehen. Im weiteren Verlauf werde ich genauer die Diagnostik von ADHS beschreiben. In den abschließenden Kapiteln dieser Arbeit möchte ich die typischen Probleme der Betroffenen darstellen. Zum Schluss werde ich verschiedene Behandlungsmöglichkeiten erläutern.

Ziel dieser Bachelorarbeit soll die Beantwortung der folgenden Forschungsfragen sein:

1. *Was wird unter einem Aufmerksamkeitsdefizit /Hyperaktivitätssyndrom bei Kindern und Jugendlichen verstanden?*
2. *Welche Therapiemöglichkeiten der ADHS im Kindesalter gibt es?*

2. ADHS – was ist das?

Die Abkürzung ADHS steht für **A**ufmerksamkeit-**D**efizit-**H**yperaktivitäts**s**törung.
„Eine präzise ausschließliche Definition von ADHS ist häufig schwer möglich, weil es sich hierbei meistens um ein komorbides Störungsbild handelt, was zur Folge hat, dass unterschiedliche Begleitsymptome, wie Verhaltensstörungen, Lernschwierigkeiten oder andere affektive Störungen im Verbund mit ADHS auftreten können. Auch die Tatsache, dass andere Störungen zu Problemen im Bereich der Aufmerksamkeitssteuerung und Impulskontrolle führen können, macht eine fundierte Diagnose nötig.“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.21)

Tab.1 Andere mögliche Ursachen für hyperaktive Symptomatik

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	Sehtest, Abklärung eines möglichen Astigmatismus
Entwicklungsverzögerung	Bei Kindern kann bei sozialemotionalen Entwicklungsverzögerungen häufig die Frustrationstoleranz deutlich verringert sein.	Entwicklungstest
Überbegabung	Kind stört bei altersgemäßen Aufgaben, ist immer sofort mit	Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests

	Aufgaben fertig, langweilt sich	
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
Angst- und Zwangsstörungen	Konzentrationsprobleme aufgrund der Aktivierung und mögliche motorische Unruhe als Angstsymptom	Fachärztliche Untersuchung
Tourette's Syndrom	Motorische Unruhe	Neurologische Abklärung
Schilddrüsenerkrankungen	Motorische Unruhe bei Überfunktion	Endokrinologische Untersuchung
Epileptische Anfälle	Unruhe vor dem Anfall, Konzentrationsstörungen nach dem Anfall	EEG-Abklärung
Fragiles X-Syndrom	Hohe motorische Unruhe, Ablenkbarkeit	Genetische Beratung
Oppositionelle Verhaltensstörung	Impulskontrollprobleme als Begleitsymptom	Genaue fachärztliche Diagnostik
Schlafstörungen	Auftretende Konzentrationsprobleme	Genaue fachärztliche Diagnostik, möglicherweise Schlaflabor
Mehrfach-	Extreme motorische Unruhe	Verhaltensanalyse,

behinderungen	und Konzentrations- probleme als mögliche Begleitsymptome	Verhaltensmodifikation
Andere Krankheiten	Konzentrationsstörungen als Begleitsymptomatik	Ärztliche/ psychologische Abklärung

2.1 Klassifikationsansätze

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sind die international etablierten Diagnosesysteme für Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

„Die Störungen der Aktivität, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, dass es zu einer Fehlanpassung führt und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist.

Beide Klassifikationssysteme setzen voraus, dass die hyperkinetischen Symptome in mehreren Lebensbereichen auftreten, allerdings können die Auffälligkeiten in den einzelnen Lebensbereichen unterschiedlich stark ausgeprägt sein.“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.23)

Die Symptome treten typischerweise in Situationen stärker auf, in denen von den Jugendlichen eine längere Aufmerksamkeitsspanne vorausgesetzt wird, zum Beispiel im Unterricht, beim Essen oder bei den Hausaufgaben. Hingegen können Anzeichen der Störung in einem sehr geringen Maße oder gar nicht auftreten, wenn sich Jugendliche in einer neuen Umgebung befinden oder nur mit einem Gegenüber konfrontiert sind, oder wenn sie sich ihrer Lieblingsaktivität widmen, selbst wenn diese in vermehrtem Maße Aufmerksamkeit erfordert. Beide Diagnosekriterien unterscheiden sich nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien. Sehr wohl gibt es aber Unterschiede in der Bestimmung der Anzahl der Kombinationen dieser Kriterien, die für eine Diagnose einer hyperaktiven Störung vorliegen müssen. (vgl.Brandau & Kaschnitz 2013, S.23)

2.1.1 Klassifikation der Störung nach dem ICD-10

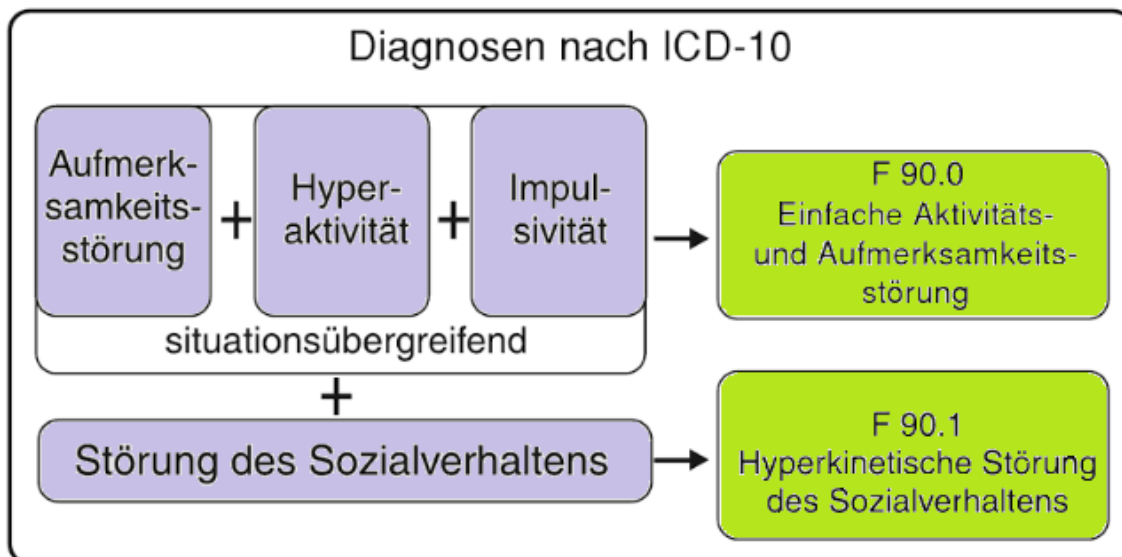


Abb.1 Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10

Wie man anhand der Abbildung 1 sieht, müssen nach dem ICD-10 sowohl Störungen der Aufmerksamkeit als auch Störungen der Impulskontrolle und Störungen der Aktivität für die Diagnose einer Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit vorhanden sein. (F90.0) Werden zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, dann wird eine Störung des Sozialverhaltens (F90.1) diagnostiziert. „*Hyperkinetische Störungen stellen zusammen mit den aggressiven Verhaltensstörungen die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar. Sie sind gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit der Impulskontrolle und der Aktivität. Diese Auffälligkeiten treten meistens schon vor dem sechstem Lebensjahr auf und sind in mehreren Situationen und Lebensbereichen nachweisbar.*“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.24)

2.1.2 Klassifikation der Störung nach dem DSM-IV

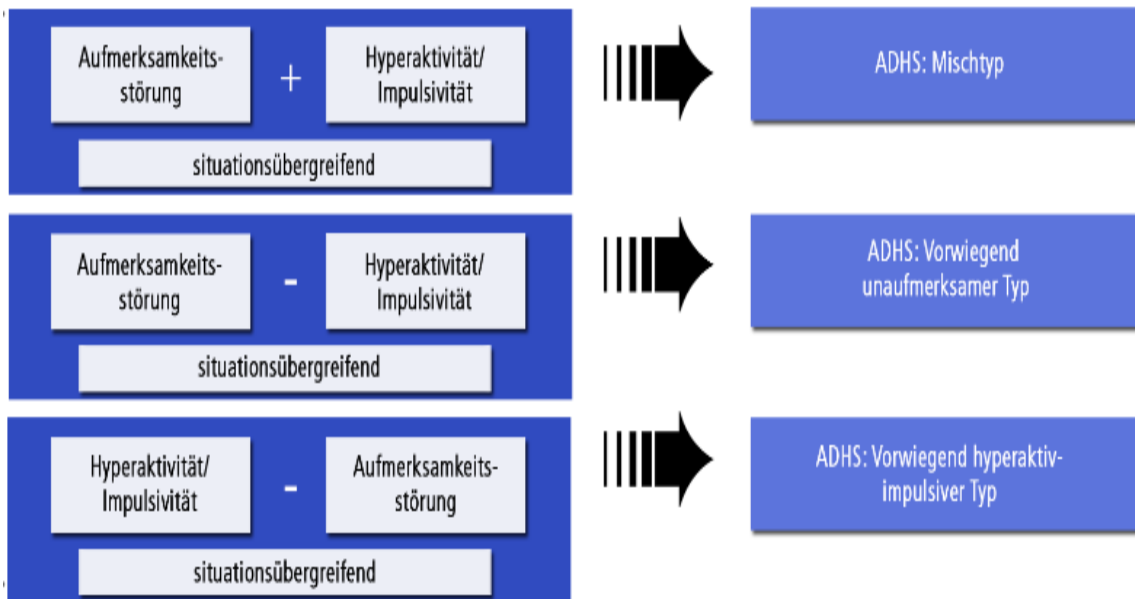


Abb. 2 Kriterien einer ADHS nach DSM-IV

Wie man in der Abbildung 2 sieht, unterscheidet das DSM-IV zwischen dem gemischten Subtypen der ADHS, bei dem wie beim ICD-10 alle Kernsymptome auftreten, und zwischen dem vorherrschenden unaufmerksamen Subtyp („Träumer“ oder „Hans-guck-in die Luft“). Bei diesem Typ liegen vor allem Aufmerksamkeitsstörungen vor. Hingegen sind Hyperaktivität/Impulsivität nicht oder nicht stark genug ausgeprägt. Weiters unterscheidet es noch den vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtyp („Zappelphilipp“). Bei dieser Diagnose liegen vor allem Hyperaktivität und Impulsivität vor, Aufmerksamkeitsstörungen sind nicht so stark ausgeprägt. (vgl. Brandau & Kaschnitz 2013, S.23)

3. Symptome

Zu den Symptomkriterien der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung zählen die Aufmerksamkeitsschwäche, die Impulsivität und die Hyperaktivität.

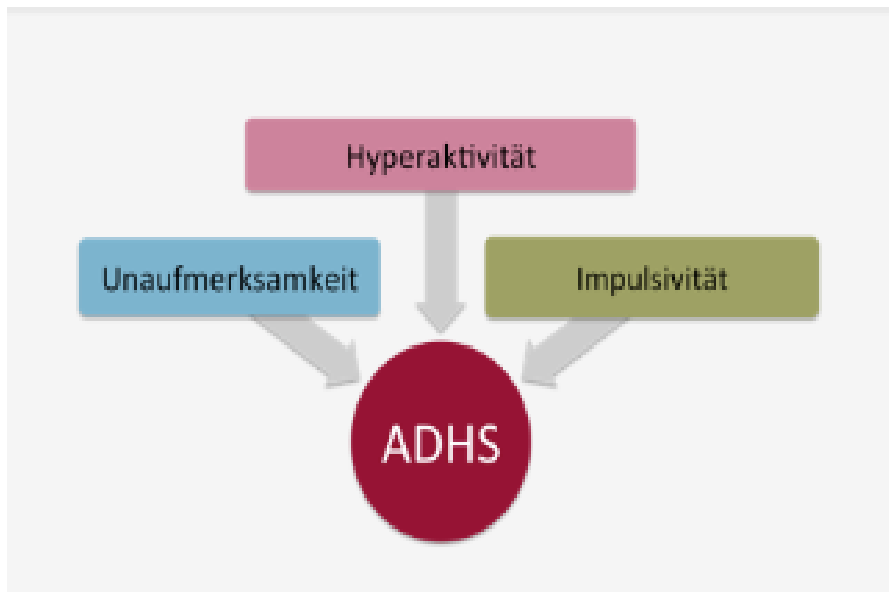


Abb.3 Kernsymptome von ADHS

3.1 Aufmerksamkeitsschwäche

Aufmerksamkeit wird als die Zuwendung zu einem bestimmten gegebenen oder erwarteten Ausschnitt aus dem gesamten Wahrnehmungsfeld beschrieben. Kinder und Jugendliche die an ADHS leiden, haben allerdings enorme Schwierigkeiten bezüglich ihrer Aufmerksamkeit und Konzentration. Dieses Problem tritt sowohl im privaten als auch im schulischen Bereich auf.

Im privaten Bereich verträdeln Kinder und Jugendliche häufig ihre Zeit, vergessen Anweisungen und Bitten, wie zum Beispiel das Ausräumen der Spülmaschine, und weisen hohe Defizite in ihrer eigenen Organisation auf. Dabei fällt vor allem auf, dass *„wichtige und unwichtige Dinge gleichrangig [sind] und nicht gewichtet werden [können].“* (Brandau & Kaschnitz 2013, S.29)

Es kann keine Gliederung zwischen relevanten Dingen, die möglichst sofort erledigt werden müssen und bedeutungslosen Dingen vorgenommen werden. Auch wechseln Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsschwäche häufig ihre Tätigkeit, wenn die vorherige Tätigkeit nicht mehr als interessant genug erscheint. So fällt auf, dass Kinder häufig mehrere Spielsachen auf einmal benutzen, ständig nach neuen Beschäftigungen fragen und sich nach wenigen Minuten langweilen. Bei Jugendlichen führen vor allem regelmäßige Arbeitsabläufe oder für sie unerhebliche Aufträge schnell zur Ablenkbarkeit. Gerade im schulischen Bereich geht eine Aufmerksamkeitsschwäche von Kindern und Jugendlichen mit schlechten Noten einher. Man kann beobachten, dass konzentrationsschwache Kinder und Jugendliche schneller dazu neigen, bei Hausaufgaben oder Klassenarbeiten Flüchtigkeitsfehler zu begehen, weil sie Einzelheiten nicht beachten oder diese als irrelevant ansehen. Des Weiteren sind Kinder und Jugendliche häufig schlecht organisiert. Sie vergessen zum Beispiel Arbeitsblätter oder Materialien, die sie für den Unterricht benötigen und weisen eine erhebliche Unordnung im schriftlichen und gestalterischen Bereich auf.

Wie oben aufgeführt bereitet das Problem, sich über längere Zeit anzustrengen oder zu konzentrieren, für Kinder und Jugendliche mit ADHS viele Schwierigkeiten, sowohl im privaten als auch im schulischen Bereich. Anzumerken ist, dass diese Schwierigkeiten sich wahrscheinlich auch auf die emotionale Stabilität beziehungsweise das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen auswirken. Gerade Jugendliche bemerken durch ihren Freundeskreis und ihr Umfeld, welche Defizite sie im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne ADHS haben und fühlen sich unsicher.

3.2 Impulsivität

Es heißt, dass *„Impulsivität das eigentliche Primärsymptom des ADHS wäre.“* (Brandau & Kaschnitz 2013, S.31) Unter Impulsivität ist zu verstehen, dass Personen, die unter ADHS leiden, nicht in den Lage sind, eine Rückmeldung auf einen gegebenen Impuls hin zu kontrollieren oder zu steuern. Dies bedeutet auch, dass aufgenommene Reize oder Signale, die irrelevant für die begonnene Tätigkeit sind, nicht ausgeschaltet werden können. Kinder und Jugendliche können spontanen Reaktionen nur schwer widerstehen und sind daher auch schneller ablenkbar. Diese Impulsivität greift in verschiedene Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen massiv ein. In der Schule können Kinder und Jugendliche nur schwer warten, sie „platzen“ zum Beispiel mit Antworten heraus, reden übermäßig viel oder nehmen anderen Kindern ihre Spielsachen weg.

Allgemein wird beobachtet, dass eine Impulsivität auch das Unfallrisiko von Kindern und Jugendlichen erhöht. So achten sie zum Beispiel beim Überqueren der Straße vielmehr auf eine vorbeilaufende Katze als auf den nahe liegenden Straßenverkehr.

„Emotional äußert sich die mangelnde Impulskontrolle in Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten auf oft nichtige Anlässe hin.“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.32)

Die Betroffenen zeigen somit unbedachte und vorschnelle Reaktionen, welche sie häufig im Nachhinein bedauern. Kinder und Jugendliche mit ADHS sind durch die Impulsivität häufig mit sich selbst, aber auch im Umgang mit ihren Mitmenschen ungeduldig. Zudem besitzen sie eine niedrige Frustrationstoleranz. Dies äußert sich vor allem in einer Unlust, wenn Dinge nicht auf Anhieb funktionieren. Aufgrund dieser oben genannten Ausprägung ist zu erkennen, dass auch das Symptomkriterium Impulsivität stark in die verschiedenen Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen mit ADHS eingreift.

3.3 Hyperaktivität



Abb.4 Hyperaktives Kind

Das Symptomkriterium Hyperaktivität bei Kindern mit ADHS äußert sich zum Beispiel durch „häufiges Zappeln mit Händen und Füßen oder das Herumrutschen auf dem Stuhl [...].“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S. 30)

Den betroffenen Kindern fällt es sichtbar schwer, längere Zeit ruhig zu sitzen und/oder ruhig zu arbeiten beziehungsweise konzentriert an einen Arbeitsauftrag zu gehen. Jugendliche mit ADHS hingegen zeigen dieses „Zappel-Phillip“-Verhalten eher weniger. Bei ihnen kennzeichnet sich die Hyperaktivität in Verhaltensweisen, wie zum Beispiel „häufige Veränderung der Sitzposition, starkes Gestikulieren, Spielen mit kleinen Gegenständen in den Händen [oder] Nägelkauen.“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.31)

Durch diese oben aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten nennt man eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung umgangssprachlich auch das „Zappel-Phillip“-Syndrom. Kinder und Jugendliche fühlen sich durch diese Hyperaktivität wie auf „heißen Kohlen“ – ihr Alltag ist gekennzeichnet durch eine ständige innere Unruhe und ein Unwohlsein.

4. Ursachen von ADHS

Bei der Entstehung beziehungsweise beim Ausprägungsgrad von ADHS spielen neurobiologische und psychosoziale Faktoren eine große Rolle. Diese beiden Komponenten greifen ineinander und werden im Folgenden dargestellt.

4.1 Neurobiologische Faktoren

Das zentrale Nervensystem (ZNS) ist ein Kontrollsystem in unserem Körper, welchem eine wichtige Bedeutung zugeschrieben wird. Es lenkt und koordiniert unseren ganzen Körper, da es sowohl auf die inneren als auch auf die äußeren Reize bestimmte Reaktionen zeigt. *„Bei der ADHS funktioniert diese Steuerung aufgrund von Neurotransmitterungleichgewichten nicht [...].“* (Brandau & Kaschnitz 2013, S.35)

Dies bedeutet, dass die Aktivität der Nervenzellen bei ADHS-Betroffenen deutlich herabgesetzt ist im Vergleich zu einer Kommunikation der Nervenzellen ohne ADHS. Die Neurotransmitter sind Botenstoffe, die zur Übertragung von Informationen von einer Nervenzelle zur Nächsten dienen. Zwischen den Nervenzellen liegt der synaptische Spalt, in welchem die Botenstoffe freigesetzt werden müssen, damit ein Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen stattfinden kann.

Ein wichtiger Bestandteil der Erkrankung ADHS ist die Störung beziehungsweise die Hemmung des Nervenbotenstoffes Dopamin. Dopamin ist ein wichtiger Botenstoff im Nervensystem, wichtig für körperliche und seelische Aktivität. Es ist erforderlich für [zum Beispiel]: den Antrieb, die Gelassenheit und die Lebensfreude, das Wohlbefinden [und] den Mut, die Konzentration und die Reaktion.

Zu sehen ist, dass Dopamin ein wichtiger Bestandteil in unserem Körper ist, der viele Funktionen steuert. Angelangt im synaptischen Spalt soll nun beispielsweise der Botenstoff Dopamin freigesetzt werden, um Informationen übertragen zu können.

Bei Kindern mit ADHS würden allerdings zu viele Transporterweiße in diesem synaptischen Spalt liegen. Diese verhindern eine Informationsweitergabe von Botenstoffen wie Dopamin. Somit würde dieses zu schnell wieder aufgenommen, sodass betroffene Kinder an einer „Reizüberflutung“ leiden und somit leichter durch Umwelteinflüsse ablenkbar sind. (vgl. Döpfner 2010, S.77)

In den Nervenzellen besteht demnach ein Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe. Die Information kann durch dieses Ungleichgewicht der Botenstoffe, wie zum Beispiel des Dopamins, nicht ausreichend von einer Nervenzelle zur nächsten geleitet werden. Durch diesen eingeschränkten Informationsfluss „*haben ADHS- Kinder Schwierigkeiten [ihre] Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, Impulse zu kontrollieren und motorische Aktivitäten zu steuern.*“ (Brandau & Kaschnitz 2013, S.38)

4.2 Psychosoziale Faktoren

Neben den neurobiologischen Faktoren müssen die psychosozialen Faktoren als ergänzende Ursachenelemente beim Zustandekommen von ADHS berücksichtigt werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass „*ungünstige familiäre Bedingungen wie unvollständige und instabile Familien, überbelegte Wohnungen [...], psychische Störungen und schwere Partnerbeziehungsstörungen der Eltern*“ (Döpfner 2010, S.77) auslösend beziehungsweise verstärkend bezüglich einer ADHS der Kinder wirken. Angemerkt werden muss, dass aber auch eine gestörte oder unbeständige Eltern-Kind- Beziehung das Zustandekommen einer ADHS verstärkt. Durch zum Beispiel ungünstige Familienverhältnisse können betroffene Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung stark eingeschränkt werden. Kinder brauchen eine konsequente Erziehung mit feststehenden Regeln, aber auch Lob und Liebe. Durch beispielsweise häufige Bestrafung durch die Eltern schon bei kleinsten „Fehlern“ der Kinder, bauen sich diese ein gestörtes Selbstbild auf. Alle Bedingungen der Umwelt, die chaotisch, unstrukturiert und/oder unzuverlässig sind, können demnach bei entsprechend vulnerablen Kindern verstärkend bezüglich einer ADHS wirken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die biologischen und psychosozialen Faktoren in einer engen Beziehung zueinander stehen. Diese beiden Ursachen müssen bei dem Zustandekommen beziehungsweise dem Ausprägungsgrad einer ADHS bei Kindern sowohl einzeln als auch im Kontext zueinander betrachtet werden.

4.3 Das Interaktionsmodell

Das Interaktionsmodell beschreibt, dass Eltern, die ein von ADHS betroffenes Kind zu etwas auffordern oder ihm eine Grenze aufzeigen wollen, zunächst in der Regel keine Reaktion erhalten. Um doch zu dem Kind durchzudringen, wird besagte Aufforderung oder Regel immer wieder wiederholt. Reagiert das Kind dann doch einmal positiv auf die Eltern, so wird es von den Eltern nicht ausreichend beachtet, da es als selbstverständlich und längst überfällig angesehen wird. Agiert das Kind hingegen in auffälliger, negativer Art und Weise, bekommt es, zwar negative, Aufmerksamkeit, doch mehr Beachtung als bei positivem Handeln des Kindes. Es entwickelt sich eine Spirale, welche aggressives Verhalten der Eltern zur Folge haben kann oder eine Resignation der Eltern, was aus Sicht des Kindes eine Belohnung seines oppositionellen Verhaltens darstellt oder aber zu aggressivem Verhalten von Seiten des Kindes führt. (vgl. Döpfner, Schürmann & Fröhlich 2007, S.11)

Dass das aggressive Verhalten von Eltern häufig aggressives Verhalten der Kinder nach sich zieht, lässt sich durch die Theorie des „Modelllernens“ nach Bandura begründen, welche auch durch die Bezeichnung „Nachahmungs-“ und Imitationslernen bekannt ist.

Dabei wird ein Lernprozess beschrieben, welcher vorliegt, wenn beispielsweise ein Kind sich als Folge der Beobachtung des Verhaltens seiner Mutter oder seines Vaters neue Verhaltensweisen aneignet oder bestehende Verhaltensweisen verändert. Wenn Eltern somit, um ihre Aufforderungen gegenüber dem Kind durchzusetzen, Aggressivität zeigen, lernt das Kind, dass aggressives Verhalten in Auseinandersetzungen zum Erfolg führen kann. Als Folge dessen ist die

Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Kind zukünftig in ähnlichen Situationen und Auseinandersetzungen aggressives Verhalten zeigt. Um zu belegen, dass aggressives Verhalten durch Modellernen entstehen kann, unternahm Bandura einen Versuch mit dem Ergebnis, dass Kinder, welche beobachteten, dass erwachsene Modelle eine große Plastikpuppe schlugen, boxten und traten, im weiteren Verlauf des Experimentes derartige Verhaltensweisen häufiger zeigten als Kinder aus Kontrollgruppen, die keine aggressiven Verhaltensweisen beobachteten. Bandura gelangte während seiner Forschung zu der Überzeugung, dass Eltern für Kinder häufig ein Vorbild für aggressive Verhaltensweisen sind. (vgl. Myers 2014, S.318f.)

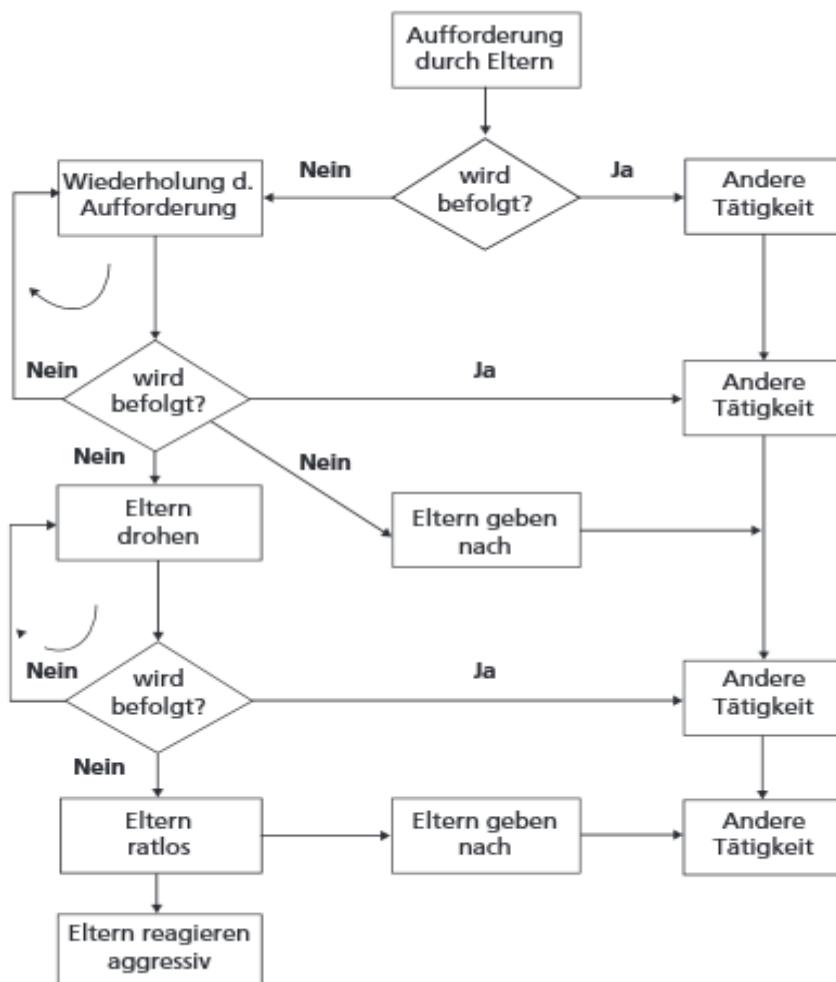


Abb.5 Interaktionsmodell nach Barkley

Anhand des Interaktionsmodells nach Barkley wird der Prozess der gegenseitigen Beeinflussung des Verhaltens sowie die Hilflosigkeit, der sich manche Eltern ausgesetzt fühlen, gut sichtbar. Das Kind wird von den Eltern als ständiger Verursacher von Unruhe und Streit angesehen. Die Eltern fühlen sich daraufhin nach einiger Zeit überfordert, unzufrieden und unausgeglichen und sind aufgrund dessen weniger in der Lage, dem Kind positive Resonanz zu vermitteln, sowie eine gewisse Struktur und Ordnung in den Erziehungsalltag zu bringen, welche aber gerade für ADHS betroffene Kinder immens wichtig ist. Aufgrund dieser Interaktionsmuster und der daraus folgenden inkonsequenten Erziehung kommt es zu einem sogenannten „Teufelskreis“ welcher zu einer Verstärkung der Symptomatik führen kann, wie in Abbildung 6 verdeutlicht wird. (vgl. Stump 2002, S.40)

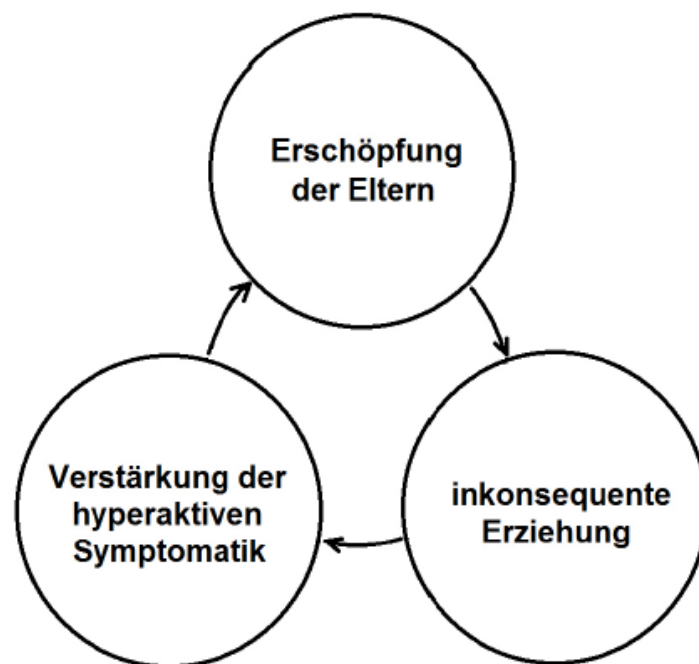


Abb.6 Teufelskreis

Nach Barkley gibt es zahlreiche Belege dafür, dass Eltern von betroffenen Kindern auch selbst überdurchschnittlich häufig unter psychischen Problemen und Störungen leiden, so liegt die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens ein Elternteil eines Kindes mit ADHS die gleiche Störung aufweist, nach Barkley bei 40%. (vgl. Barkley 2005, S.173)

5. Diagnose

Eine Diagnose von ADHS erfordert Sorgfalt, Zeit und spezielle Kenntnisse. Dabei muss sich der Arzt ein genaues Bild von der Lebenswelt des jeweiligen Kindes machen. Die Schwierigkeit bei ADHS ist, dass es eine psychische Störung und damit eine nicht messbare Krankheit darstellt. Es kann niemand genau sagen, wie viele Kinder letztendlich unter ADHS leiden. Die Angaben schwanken zwischen drei und zehn Prozent pro Jahrgang. (vgl. Steinhausen 2000, S. 21)

5.1 Medizinische Diagnose und Differentialdiagnose

Wenn Eltern oder Jugendliche mit der Frage zum Kinder- und Jugendpsychiater kommen, ob ein ADHS vorliege, kann die Symptomatik durch verschiedene Komorbiditäten überlagert sein, sodass die Diagnostik im Jugendalter besondere Anforderungen stellt. Gerade im Pubertätsalter kommt es häufig zu Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen in der Schule und zu Stimmungsschwankungen. Daher müssen in diesem Lebensalter die standardisierten diagnostischen Kriterien des DSM-IV oder des ICD-10 besonders berücksichtigt werden. Während noch im DSM-IV die Symptome vor dem 7. Lebensjahr aufzutreten hatten, wurde dieses Kriterium im DSM-V auf 12 Jahre verschoben. Wenn die Problematik erst im Jugendalter nach 12 Jahren aufgetreten ist, kann demnach ADHS ausgeschlossen werden.

Ein weiteres diagnostisches Problem stellt die Tatsache dar, dass gerade Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsstörung sich nur sehr schlecht an die frühere Kindheit erinnern können. Aus diesem Grund sind anamnestische Angaben von Dritten (Eltern, ehemalige LehrerInnen, Partner) bedeutungsvoll. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, schriftliche Dokumente einzuholen, wie Schulzeugnisse, oder bereits bestehende Fragebögen aus der Kindheit.

Bezüglich des diagnostischen Vorgehens orientiert man sich am besten an den Leitlinien der „American Academy of Child and Adolescent Psychiatry“ (1997), die für Erwachsene erstellt wurden.

A) Exploration

1. Entwicklungsanamnese: Diese muss bereits in der frühen Kindheit beginnen, erste Symptome im Säuglings- und Kleinkindesalter sind wichtig, die Meilensteine der Entwicklung wie Sprechen, Sitzen, Gehen, Entwicklung der koordinativen Funktionen ist wichtig. Auch der schulische Weg ist hier von Bedeutung.
2. Aktuelle und frühere ADHS-Symptome: Der Verlauf einer „Schulkarriere“ vor allem auch in der Volksschule ist hier von wesentlicher Bedeutung. Sind Symptome der Aufmerksamkeitsstörung bereits zu diesem Zeitpunkt vorhanden gewesen? Wie präsentierte sich die motorische Unruhe (Hyperaktivität) in der Volksschule, wie ist sie jetzt ausgebildet?
3. Entwicklung und Kontext der Symptome und die daraus resultierende Beeinträchtigung in Schule, Arbeit und sozialem Umfeld: Wie weit beeinträchtigen die derzeit vorhandenen ADHS-Symptome die jungen PatientInnen? Sind mehrere Bereiche deutlich beeinträchtigt?
4. Sonstige psychiatrische Anamnese: Sind andere psychiatrische Erkrankungen vorhanden wie Depression, Psychosen, bipolare Störungen, beginnende Persönlichkeitsstörungen.
5. Bisherige psychiatrische Behandlung.
6. Symptome möglicher anderer oder komorbider psychiatrischer Diagnosen: Die DSM-IV Kriterien für mögliche andere Erkrankungen müssen hier festgelegt werden.
7. Stärken und Talente: Viele ADHS-PatientInnen haben besondere Talente, sind besonders kreativ, in einigen Berufen besonders erfolgreich. Diese Merkmale zu erkennen und zu stärken, sind bereits die ersten Schritte zu einer Therapie.
8. Psychopathologischer Befund.

B) Von Eltern des PatientInnen ausgefüllte standardisierte Beurteilungsskalen:

Hier gibt es im deutschsprachigen Raum keine standardisierten Fragebögen, man muss daher auf Fragebögen, die bis zum 18. Lebensjahr standardisiert sind, wie die CPCL (Child Behavior Checkliste/ für Alter 6-18) zurückgreifen.

C) Allgemein medizinische Anamnese:

1. Internistische und neurologische Untersuchung: Hier muss auf somatische Erkrankungen wie z.B. Schilddrüsenüberfunktionen, epileptische Leiden, Erkrankungen des zentralen Nervensystems, wie Hirntumore, Gehirnerschütterungen, welche mit den Kernsymptomen (ADHS, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität) einhergehen, eingegangen werden.
2. Genaue Anamnese von Medikamenteneinnahmen, wie Beruhigungsmittel, Asthmamedikamente (Cortisonpräparate, Sympathomimetika).

D) Familienanamnese

1. Anamnese hinsichtlich der Erkrankung (ADHS, Tickstörungen inkl. Tourette Syndrom, Substanzmissbrauch (legal/illegal), Angststörungen, Depressionen, Sozialverhaltensstörungen)
2. Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen: Hier erscheint es wichtig, die Teilleistungsstörungen genauer zu beleuchten, im Zweifelsfall Teilleistungstests bzw. Intelligenztests durchzuführen.
3. Familiäre Kommunikationsmuster, Organisationsniveau und Ressourcen
4. Familiäre Belastungen
5. Missbrauch oder Ablehnung (Opfer oder Täter)

E) Nach Möglichkeit Interview mit den Eltern oder für den Jugendlichen

bedeutende Person wie PartnerInnen: Dies ist wichtig, da einerseits das Erinnerungsvermögen der PatientInnen die frühe Kindheit oft nicht einschließt, andererseits die Selbstwahrnehmung sich von der Fremdwahrnehmung unterscheidet. Dies betrifft vor allem die Impulskontrollstörung.

F) Somatische Evaluation

1. Körperliche Untersuchung, die eine Standardlaboruntersuchung (Blutbild, Leberwerte, Nierenwerte, Schilddrüsenwerte) inkludieren sollte, dies vor allem dann, wenn eine medikamentöse Therapie geplant ist.

G) Information aus der Schule (auch retrospektiv)

1. Standardisierte Beurteilungsskalen, wenn sie in der Kindheit erhoben wurden, können außerordentlich hilfreich sein.

2. Kontaktaufnahme mit den Eltern oder wenn möglich den ehemaligen LehrerInnen.

3. Testberichte und Zeugnisse objektivieren und ergänzen die anamnestischen Daten.

H) Weitere Explorationen wie psychologische Tests (Intelligenztest, Teilleistungstest), neuropsychologische Tests wie Aufmerksamkeitstests in Verbindung mit einer psychologisch-heilpädagogischen Diagnose werden zumeist durchgeführt. (vgl. Brandau & Kaschnitz 2013, S.82f)

„Typische Hinweise auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sind ein impulsives, überaktives, wenig organisiertes und schlecht reguliertes Verhalten sowie eine deutliche Unaufmerksamkeit, Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellung und die Tendenz, von einer Tätigkeit zur nächsten zu wechseln, ohne die vorausgehende Tätigkeit beendet zu haben. Gemäß Definition müssen diese Verhaltensmerkmale zeitstabil und bereichsübergreifend auftreten, so dass als zusätzliche Diagnosekriterien die Dauer und der Beginn der Störung sowie das Ausmaß der Abweichung vom alterstypischen Entwicklungsstand zu beachten sind. Ferner sind tiefgreifende Entwicklungs- und affektive Störungen [...] differentialdiagnostisch auszuschließen. Und es hat sich als günstig erwiesen, bei vorübergehenden Lern- und Leistungsschwierigkeiten sowie bei einer reaktiven Genese der Aufmerksamkeitsstörung (kritische Lebensereignisse, z.B. Verlust von

Bezugspersonen, Scheidung der Eltern) ebenfalls von der Diagnose „Aufmerksamkeitsstörungen“ abzusehen“ (Lauth & Linderkamp 2000, S.136).

5.2 Psychologisch-heilpädagogische Diagnose/Förderdiagnose

Da zwischen psychologischer Diagnose und heilpädagogischer Förderdiagnose beträchtliche Überschneidungsbereiche vorliegen (z.B. Diagnose von Teilleistungsstörungen) wurden beide Bereiche als Blickwinkel integriert. In der Folge sollen einzelne diagnostische Verfahren und Möglichkeiten für Jugendliche ausdiskutiert werden, wobei es sich keineswegs um eine erschöpfende Darstellung der diagnostischen Bandbreite handelt. Während Intelligenz-, Aufmerksamkeits- und Persönlichkeitsdiagnostik eher dem klinisch psychologischen Bereich zugeordnet werden, beschäftigt Heilpädagogik eher die Feststellung von Teilleistungsschwächen und Lernschwierigkeiten mit der Zielrichtung einer prozessorientierten Förderdiagnose von Bereichen wie Kognition, Motorik und sozialemotionales Verhalten. Praktisch ist diese Trennung jedoch eher willkürlich und künstlich und verweist auf die Notwendigkeit enger interdisziplinärer Kooperation.

Die Einschätzung nach den Kriterien des DSM-IV, DSM-V und ICD-10 wird wohl von allen beteiligten ExpertInnen als wesentlicher Anhaltspunkt dienen. (vgl. Wohnhass-Baggerd 2008, S.29f)

5.3 Psychosozial-systemische Diagnose

Zentrales Merkmal der systemischen Ansätze ist die Perspektive, soziale Beziehungen und Gemeinschaften als System zu betrachten, wobei die Relationen zwischen den Systemelementen in den Fokus rücken und nicht die einzelnen Elemente (Personen) selbst. Insofern ist die Familie kein System, sondern sie kann lediglich als System betrachtet und analysiert werden. Die Probleme und Symptome von Einzelnen werden immer auch auf dem Hintergrund der Kontexte und Systemdynamik beobachtet und beschrieben.

Im Unterschied zu einer reinen psychosozialen Bestandsaufnahme berücksichtigt eine integrativ psychosozial-systemische Diagnose die Vorzüge beider Ansätze.

Zusätzlich hilfreich erweist sich manchmal eine systemische Strukturdiagnose oder das Aufstellen der Familie mit Hilfe von Symbolen (Figuren, Klötze etc.).

Unerlässlich sind folgende Aspekte:

- Familienanamnese: Entwicklung der Familie und Familiengeschichte
- Wohnsituation
- Sozioökonomische Situation (z.B. Arbeitssituation der Eltern)
- Besondere Belastungen (z.B. Alkoholismus des Vaters)
- Bisherige institutionelle Erfahrungen (z.B. Helfersysteme)

(vgl.Brandau & Kaschnitz 2013, S.89-91)

6. Typische Probleme der Betroffenen

Neben dem betroffenen Kind leidet oftmals auch sein näheres Umfeld unter der Diagnose ADHS, dies betrifft vor allem die Eltern sowie die LehrerInnen, welche regelmäßig mit dem Kind in Kontakt stehen.

6.1 Probleme des Kindes

Wie schon beschrieben, zeigt sich ADHS beim Kind anhand der vorhandenen Symptome, sowie an deren Ausprägungen im Lebensumfeld und deren Einfluss auf das alltägliche Leben. Kinder mit ADHS fallen durch ihr impulsives, reizbares und manchmal auch aggressives Verhalten häufig negativ in ihrer Umwelt auf. Außerdem fällt es ihnen aufgrund ihrer Unaufmerksamkeit oft schwer, sich an geltende Regeln zu halten, was das Spielen mit Gleichaltrigen sowie den Unterricht für alle Beteiligten erschwert. Aufgrund dessen geraten ADHS Kinder beispielsweise in der Schule oft in eine soziale Außenseiterposition, sie sind weniger beliebt als andere, haben nur wenige oder keine Freunde und fühlen sich oft unverstanden. Aufgrund der häufig negativen Rückmeldungen beispielsweise in der Schule, sind Betroffene besonders gefährdet, von ihrer Umwelt stigmatisiert

zu werden, dies hat meist eine weitere Verstärkung der sozialen- und der Verhaltensprobleme zur Folge.

Aufgrund der häufigen Misserfolge, der im Vergleich zu anderen selbst wahrgenommenen „Andersartigkeit“ und der vielen negativen Rückmeldungen aus ihrem Umfeld leiden ADHS Kinder häufig unter einem geringen Selbstwertgefühl. Nach dem Modell von Asendorpf zur Entstehung des Selbstwertes lässt sich dies dadurch begründen, dass sich der Selbstwert unter Berücksichtigung der Meinung, die andere von uns haben, so wie wir sie wahrnehmen und aus dem Vergleich mit anderen Personen in ähnlicher Lage, herausbildet. Asendorpf nennt diese zwei Faktoren zur Entstehung des Selbstwertes „Soziales Spiegeln“ und „Sozialer Vergleich.“ (vgl. Asendorpf 2011, S.110f.) Das geringe Selbstwertgefühl verstärkt dabei, ähnlich wie auch die Stigmatisierung, die Probleme des Kindes, da der Versuch dieses zu kompensieren oft eine Steigerung des Trotzverhaltens, der Aggressivität und des sozialen Rückzuges zur Folge hat. Betroffene Kinder sehen sich mit den soeben beschriebenen Problemen einem sogenannten „Teufelskreis“ ausgesetzt, durch welchen die bestehenden Probleme ständig verstärkt werden und aus welchem sie sich ohne die Hilfe ihrer Eltern und LehrerInnen nicht selbständig befreien können.

6.2 Probleme der Eltern

Eltern stehen meist bereits seit der Geburt ihres Kindes unter erhöhtem Druck. Der Familienalltag gestaltet sich für sie oft anstrengend, da alle Aktivitäten mit dem Kind als nervenaufreibend und stressig wahrgenommen werden. Sie leiden unter dem unfolgsamen, sturen und eigenwilligen Verhalten ihrer Kinder. Durch das Umfeld bekommen sie häufig unterschiedliche Rückmeldungen, während die einen ihr Kind als „aufgeweckt“ betrachten, sehen es andere als unerzogen und böse an, diese Ambivalenz der Umweltreaktionen auf ihr Kind trägt oft zur Verunsicherung der Eltern bei. Rückmeldungen aus der Schule werden häufig als Schuldzuweisung verstanden und drängen die Eltern in eine Abwehrhaltung aus der heraus sie das Kind in Schutz nehmen wollen. (vgl. Imhof et al. 2000, S.25)

Für die Eltern stellt sich außerdem die Frage, inwieweit ihre Erziehung schuld an dem problematischen Verhalten ihres Kindes ist, oft gelangen sie dann in eine Art Kreislauf von Schuldgefühlen und Rechtfertigungen. Die Schwierigkeiten mit ihrem Kind werden zum zentralen Familienthema aus welchem sich auch Partnerschaftskonflikte entwickeln können. (vgl. Imhof et al. 2000, S.25)

Um diese Probleme zu lösen und den immer wiederkehrenden Vorwürfen aus der Schule zu entkommen, setzen Eltern ihre Kinder häufig stark unter Druck und versuchen das gewünschte Verhalten durch häufiges Ermahnen und Bestrafen des Kindes zu erreichen. (vgl. Imhof et al. 2000, S.25)

Die zunehmende Ratlosigkeit und Überforderung der Eltern führt am Ende oft dazu, dass sie ihr Kind aus der Verantwortung entlassen und kapitulieren, sowie das Gefühl entwickeln, versagt zu haben oder aber selbst aggressives Verhalten gegenüber ihren Kindern entwickeln. (vgl. Imhof et al. 2000, S.25)

Diese Verhaltensweisen der Eltern wirken wiederum negativ verstärkend auf das unerwünschte Verhalten des Kindes und führen somit zur Verschlechterung der ADHS Symptomatik und zu einer Zunahme der innerfamiliären Konflikte.

7. Therapie

In vielen Fällen ist eine Behandlungsform nicht ausreichend, daher wird eine multimodale Therapie oft notwendig. Hierunter versteht man einen Behandlungsansatz, der mehrere Behandlungsformen kombiniert. *„Eine multimodale Therapie umfasst die Aufklärung und Beratung des Kindes / Jugendlichen, der Eltern, sowie des Umfeldes (Lehrer, Erzieher etc.). Des Weiteren umfasst sie Psychotherapie (z. B. Verhaltenstherapie), soziales Kompetenztraining, kognitive Therapie bei Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität, medikamentöse Therapie und z.B. pädagogische / heilpädagogische Maßnahmen etc..“* (Eitle 2006, S.39)

7.1 Medikamentöse Behandlung

Von allen Therapieansätzen in den letzten 10 bis 15 Jahren dominiert am stärksten die Behandlung mit Psychostimulanzien. Deren wichtigster Vertreter ist die Substanz Methylphenidat (MP), bekannt als Ritalin oder Concerta. Die Verschreibung dieser Substanz unterliegt dem Suchtmittelgesetz (Österreich). Die kurzfristig positive Wirkung von Ritalin auf die Kernsymptome des ADHS ist in zahlreichen Studien bestätigt und brachte vielen Betroffenen eine effektive Hilfe und Erleichterung zur Bewältigung des schulischen, beruflichen und sozial familiären Alltages.

Nach dem Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (2001) ist die medikamentöse Therapie sehr zuverlässig, sicher, wirksam und mit geringem Risiko verbunden, da die Nebenwirkungen sehr gering und aufgrund der Schwere der Störung meist zu tolerieren sind. Die Dauer der Therapie ist abhängig vom Ausmaß der Störung und dem Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen.

Nach Döpfner/Schürmann/ Lehmkuhl (2006) ist die genaue Wirkung der Medikamente noch nicht bekannt. Man weiß aber, dass sie den Hirnstoffwechsel beeinflussen und auf den Botenstoff Dopamin, der vermutlich für die Entstehung einer hyperkinetischen Störung eine wesentliche Rolle spielt, Einfluss haben. Allerdings ist das Medikament kein Wundermittel, denn die Jugendlichen lernen dadurch nichts dazu, es verhindert lediglich die Auftrittswahrscheinlichkeit von problematischen Verhaltensweisen durch die Reduktion der Kernsymptome wie motorische Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung.

Wie wirken Medikamente?

Grundsätzlich stehen zwei Substanzgruppen zur Verfügung:

1. Stimulanzien (Ritalin, Concerta, Amphetamin)
2. Atomoxetin (Strattera)

Die Wirkungsweise beider Medikamente betrifft die Hirnbotsstoffe, welche an einer raschen Wiederaufnahme in die Nervenzelle gehindert werden und so biologisch länger im synaptischen Spalt zur Verfügung stehen. Die Gruppe der Stimulanzien wirkt hauptsächlich auf den Hirnbotsstoff Dopamin, die Substanz Atomoxetin hindert den Hirnbotsstoff Noradrenalin an der Wiederaufnahme in die Nervenzelle.

Laut den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde wird Atomoxetin dann empfohlen, wenn PatientInnen selbst oder jemand in ihrem Umfeld Substanzmissbrauch betreibt, Tics vorliegen oder Angst als Begleitsymptom auftritt.

Die Wirkung von Methylphenidat betrifft die 3 Hauptgruppen des ADHS. Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeit werden positiv beeinflusst. Dies umfasst mehrere Bereiche.

Von der Substanz Methylphenidat steht das bekannte Medikament Ritalin zur Verfügung, welches einen raschen Wirkungsbeginn aber auch eine kurze Wirksamkeit aufweist. D.h. wenn eine längere Wirksamkeit als 3 bis 4 Stunden erforderlich ist, muss eine 2. Dosis verabreicht werden. Dies ist jedoch gerade bei Jugendlichen, die Schwierigkeiten haben sich selbst zu organisieren und zu strukturieren, häufig außerordentlich schwierig. Trotz verschiedener Hilfsmittel wie Erinnerung durch das Handy oder Erinnerungszettel im Jausenpaket wird die 2. Gabe, die am späten Vormittag erforderlich wäre, nicht eingenommen. Auch die Angst vor Stigmatisierung durch Mitschüler spielt hier eine Rolle. Daher ist sehr häufig die Gabe eines langwirksamen Medikamentes zielführend. Concerta hat durch den speziellen Aufbau der Kapsel eine Wirksamkeit von 12 Stunden. (vgl. Gawrillow 2009, S.60f)

Neben den positiven erwünschten Wirkungen zeigt Methylphenidat aber auch Nebenwirkungen.

Grundsätzlich zeigt Methylphenidat wie alle anderen wirksamen Medikamente manchmal Nebenwirkungen. Im Behandlungskonzept ist daher der Schweregrad der ADHS-Symptomatik gegen das Risiko von möglichen Nebenwirkungen

abzuwägen. Auch dies ist ein Grund, dass vor einer Behandlung mit Stimulanzien die Diagnose sichergestellt werden muss.

Die häufigste Nebenwirkung von Stimulanzien:

- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen
- Zu starke Beruhigung
- Starke Unruhe
- Magenschmerzen
- Kopfschmerzen/ Schwindel (vgl. Gawrilow 2009, S.61)

Abschließend ist festzustellen, dass es sich bei den verabreichten Stimulanzien nicht um Wundermittel handelt. Die Kinder lernen durch diese nichts dazu (vgl. Wohnhas-Baggerd 2008, S.49). Vielmehr beruhigt das Medikament die Kinder. Es kommt vielfach zu einer Verringerung der Symptome, wie Aufmerksamkeitsleistung, motorische Unruhe und Impulsivität. Damit einhergehend kann häufig das oppositionelle Verhalten gegenüber Erwachsenen abnehmen. Ein störendes Verhalten im Unterricht wird zudem reduziert. Der Grundstein für eine erfolgreiche Startchance der Kinder in der Schule ist damit gelegt. (vgl. Döpfner, Fröhlich & Lehmkuhl 2000, S. 29)

7.2 Psychotherapie

Zunächst fasst man unter Psychotherapie alle Behandlungsmethoden zusammen, die psychische und psychosomatische Auffälligkeiten und Beschwerden behandeln. Laut den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von ADHS kann die Psychotherapie (in Form einer Verhaltenstherapie) alternativ zur medikamentösen Behandlung eingesetzt werden. *„Bei Kindern, die nicht massiv von der Symptomatik betroffen sind (und das ist die Mehrheit der diagnostizierten Kinder), wird in den deutschen und europäischen Leitlinien die Verhaltenstherapie sogar als Methode der ersten Wahl empfohlen.“* (Döpfner & Lehmkuhl 2002, S. 68)

7.3 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist ein auf lerntheoretisch-wissenschaftlicher Grundlage aufbauendes psychotherapeutisches Verfahren. Verhaltenstherapie umfasst störungsspezifische und unspezifische Methoden, die eine Besserung der jeweiligen Problematik anstreben. Sie ist um ständige Weiterentwicklung anhand von neueren Forschungsergebnissen bemüht und analysiert vor der Intervention prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen für ein Problemverhalten. Die Verhaltenstherapie ist transparent und handlungsorientiert. Diese Form der Therapie setzt am aktuellen Problemverhalten an und versucht individuell mittels Strategien und Zuwendungsveränderungen etc. Hilfe anzubieten. KlientInnen und TherapeutInnen legen gemeinsam das Therapieziel fest, denn die aktive Beteiligung der Betroffenen ist unabdingbar. (vgl. Eitle 2006, S.28-29) Zu den meistbewährten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zählen besonders folgende Ansätze.

- Operante Techniken helfen ein neues Wunschverhalten aufzubauen, was durch Verwendung verschiedener Programme, wie zum Beispiel Tokenprogramme, erreicht werden kann. Durch positive Verstärkung wird das gewünschte Zielverhalten unterstützt.
- Selbstinstruktionstraining versucht, die Fähigkeit zur eigenen Selbststeuerung zu optimieren, indem Handlungsanweisungen für Problemsituationen systematisch verbalisiert und eingeübt werden. (vgl. Krowatschek 2002, S. 89)
- Das soziale Kompetenztraining zielt auf ein sozial angepasstes und verträglicheres Kontaktverhalten im Umgang mit anderen Personen. Ein weiteres Ziel ist die emotionale Stabilisierung der KlientInnen.
- Zuletzt sind als bedeutende verhaltenstherapeutische Maßnahmen die Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainings zu nennen. Hierbei lernen die Betroffenen, wie sie ihre Aufmerksamkeit steuern und Handlungen besser planen können. Ziel dieser Trainings ist es, die unter Anleitung erworbenen Techniken auf Alltagssituationen zu übertragen. (Ruf & Arthen, 2006, S.26-27)

7.4 Ergotherapie

Ergotherapie, früher Beschäftigungs- und Arbeitstherapie genannt, wird bei Störungen der Motorik, der Sinneswahrnehmungen, der geistigen und psychischen Fähigkeiten bei Menschen jeder Altersstufe angewandt. Verschiedene Beschäftigungsangebote werden als therapeutische Maßnahmen eingesetzt und somit spezifische Einzelleistungen trainiert. Das angestrebte Förderziel ist der Aufbau, die Verbesserung und die Wiederherstellung geistiger, psychischer und physischer Fähigkeiten. Einen Aspekt der Ergotherapie stellt die „Sensorische Integration“ dar. *„Sie hat den Anspruch, alle sinnlichen Eindrücke des Menschen mit verschiedenen Übungen zu einer vollständigen und umfassenden Hirnfunktion zu vereinen. Dass ein Mensch wahrnehmen und empfinden kann, hängt von seinem Nervensystem und der Integration seiner Sinne ab. Um voll leistungsfähig zu sein, müssen diese funktionstüchtig sein.“* (vgl. Eitle 2006, S.31)

Die Ergotherapie vereint wichtige Aspekte für die Interventionen von ADHS, da sie Ausdauer, Konzentration, Kommunikationsfähigkeit, Grob- und Feinmotorik, sowie das Selbstvertrauen fördert. Somit kann sie eine wichtige Vorstufe für kognitive Förderprogramme zur Behandlung von ADHS darstellen. Eine Ergotherapie ist deshalb eine sinnvolle ergänzende Maßnahme, reicht aber als alleinige Therapie nicht aus. Eine Kombination mit anderen Therapien ist also dringend notwendig.

7.5 Spieltraining und Spieltherapie

Spieltrainings sind Interventionsformen, die bei ADHS-Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren angewendet werden. Ziel dieser Spiele ist es, die Spiel- und Beschäftigungsintensität und Ausdauer des Kindes zu steigern (vgl. Döpfner, Fröhlich & Lehmkuhl 2000, S. 23).

Die Therapie wird in fünf Phasen eingeteilt (vgl. Döpfner, Fröhlich & Lehmkuhl 2000, S. 100):

- Aufbau einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zum Kind

- Erprobung unterschiedlicher Strategien; Beobachtung des Kindes; Entwicklung eines Interventionsplans
- Aufbau der Spielintensität und Ausdauer
- Vertiefung der Ergebnisse; Stabilisierung des Spiel- und Beschäftigungsverhaltens; Zunehmende Eigensteuerung
- Steigerung des Spiel- und Beschäftigungsverhaltens; Einbinden der Eltern in die Intervention; Übertragung der Interventionen in den familiären Alltag

Wichtig bei den Spieltrainings sind die Therapiebereitschaft des Kindes und die Mitarbeit der Eltern, sowie eine verstärkende und beachtende Arbeitsweise die TherapeutInnen.

7.6 Familientherapie

Die Familientherapie definiert die gesamte Familie oder das familiäre Umfeld als „PatientInnen“. Das einzelne, von ADHS betroffene Familienmitglied wird nur als Symptomträger betrachtet. Nach diesem therapeutischen Ansatz liegt der Ausgangspunkt für die Entstehung einer Auffälligkeit innerhalb des gesamten Beziehungsgefüges der betroffenen Familien. Diese Therapiemethode wird jedoch nur sehr selten als Interventionsverfahren bei der ADHS-Symptomatik eingesetzt. Häufiger werden sogenannte Elterncoachings als begleitende Therapiemaßnahmen durchgeführt. Hierbei erhalten Familien und Eltern eines ADHS-Kindes Hilfen und Strategien, um mit den Belastungen, welche durch die Kernsymptomatik und begleitende Problemerscheinungen entstehen, besser umzugehen. Hierbei stellt die Vermittlung von sachlichen Hintergrundinformationen über das Krankheitsbild eine wichtige Basis dar, um Symptome zu identifizieren und das Verhalten des Kindes besser verstehen zu können. Neben dieser informellen Aufklärung ist die Reduzierung von Schuldgefühlen der Eltern von großer Bedeutung, da ihnen die Verantwortung für das problematische Verhalten ihres Kindes oft durch ihr soziales Umfeld zugewiesen wurde. Zuletzt werden Eltern in Richtung Ressourcenorientierung gelenkt. (vgl. Ruf & Arthen, 2006 S.26)

Betroffene Eltern sollen sich immer wieder die angenehmen und liebenswerten Seiten ihres Kindes vor Augen halten, es loben und seine Stärken fördern. Feste Spielregeln, Rituale und Konsequenz sind wichtige Verhaltensweisen, die innerhalb des Trainings vermittelt werden, um den Familienalltag zu erleichtern.

Die Tatsache, dass Familien mit ADHS-Kindern höheren Belastungen ausgesetzt sind, ist statistisch bewiesen. Signifikant häufiger fühlen sich Eltern mit ihrer Rolle als Erziehungsberechtigte überfordert und hilflos. Weiterhin sind Trennungs- und Scheidungsraten deutlich öfter in betroffenen Familienkonstellationen zu verzeichnen. Auch die soziale Isolation der besagten Familien und psychische Folgeerscheinungen der Angehörigen, wie Depressionen und Selbstvorwürfe sind häufiger zu beobachten.

Diese Statistiken verdeutlichen, wie wichtig auch die Betreuung und Begleitung der Angehörigen ist. Durchgeführt werden solche Elterntrainingsprogramme von Psycho- und Familientherapeuten, Kliniken, Erziehungsberatungsstellen und spezialisierten Hilfsorganisationen. Diese Anlaufstellen klären nicht nur über die ADHS- Symptomatik auf, sondern verweisen betroffene Familien an weitere Institutionen und machen auf unterstützende Hilfsmaßnahmen und Interventionsverfahren aufmerksam.

Weiterhin sind Selbsthilfeorganisationen als bedeutsame Anlaufstelle für ratsuchende Eltern zu nennen. Der direkte Erfahrungsaustausch innerhalb dieser Elterninitiativen wird von vielen Mitgliedern als eine der wichtigsten Informationsquellen bewertet.

8. Diskussion und Schlussfolgerung

Nach ausführlicher Literaturrecherche und Auseinandersetzung mit dem Thema „ADHS im Kindesalter“ kann ich meine Forschungsfragen beantworten.

Was wird unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom bei Kindern und Jugendlichen verstanden?

ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) ist eine neurobiologische Krankheit. Sie umfasst drei typische Symptome: eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Impulsivität und der motorischen Aktivität.

Welche Therapiemöglichkeiten der ADHS im Kindesalter gibt es?

Man unterscheidet zwischen Standardtherapien und komplementären Therapiemöglichkeiten. Unter der Standardtherapie wird derzeit noch die medikamentöse Therapie verstanden. Zu den komplementären Therapiemöglichkeiten zählen vor allem die Ergotherapie, die Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Spieltraining und Spieltherapie sowie Familientherapie.

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema ADHS, den Symptomen und deren Folgen für alle Beteiligten macht deutlich, wie komplex das gesamte Phänomen ADHS ist. Aus den drei ADHS Hauptsymptomen Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität bilden sich eine Vielzahl an Sekundärsymptomen, wie beispielsweise Wahrnehmungs- und Lernschwierigkeiten, Schwierigkeiten im sozialen Verhalten und Probleme des Selbstwertgefühles. Diese Symptome prägen oft den familiären und schulischen Alltag der betroffenen Kinder, aber auch den beruflichen Alltag von LehrerInnen sowie den Alltag der Eltern. Die zunehmende Überforderung und Ratlosigkeit der Eltern und LehrerInnen führt sehr häufig zu negativen Reaktionen und Verhaltensweisen, diese führen wiederum zu weiteren negativen Interaktionen mit dem Kind und somit in einen

sogenannten Teufelskreis der negativen Zuwendung, welcher die Problematik aufrechterhält und verstärkt.

Die nähere Auseinandersetzung mit den zahlreichen Therapiemöglichkeiten hat gezeigt, dass es nicht „die eine allgemeingültige“ Intervention gibt, sondern das Therapieangebote individuell abgestimmt werden müssen und oftmals eine abgestimmte multimodale Intervention die bestmöglichen Erfolge erzielt. Persönliche Gespräche mit Betroffenen aus allen Altersstufen haben gezeigt, dass vor allem die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung völlig konträr betrachtet wird. Neben völliger Ablehnung und persönlicher Zustimmung wurde auch von einem betroffenen Kind die Notwendigkeit der Medikamente bestätigt, da es somit dem Umfeld nicht „eine so große Last“ sei. Diese konträren Positionen machen deutlich, dass der Umgang mit ADHS und die Intervention variabel sind und sorgfältig abgewogen werden müssen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Diagnosestellung von ADHS umstritten ist, die Betroffenen aber reale Probleme haben, welche mit der Hilfe von geschulten und engagierten PädagogInnen sowie den Eltern kompensiert oder gelöst werden können.

Anhang

Literaturverzeichnis

Asendorpf J. (2011) Persönlichkeitspsychologie. Springer Verlag, Heidelberg

Bandura A. (o.J) <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml>
[Zugriff 30.10.2016](#)

Barkley RA. (2005) Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 2. Auflage, Huber Verlag, Bern

Brandau H., Kaschnitz W. (2013) ADHS im Jugendalter: Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Beltz Juventa, Weinheim München

Döpfner M., Fröhlich J., Lehmkuhl G. (2000): Hyperkinetische Störungen: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogefeld Verlag, Göttingen Bern Toronto Seattle

Döpfner M., Lehmkuhl G. (2002) ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter: Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung 2/2002.

Döpfner M. (2010) Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. 1. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Döpfner M., Schürmann S., Fröhlich J. (2007) Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim Basel

Döpfner M., Schürmann S., Lehmkuhl G. (2006) Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen für Eltern bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. 3. Auflage, Beltz

Eitle W. (2006) Herausforderung ADHS. Grundwissen und Hilfen für Kindergarten, Schule, Hort und Heim. 1. Auflage. Auer Verlag, Donauwörth

Gawrilow, Caterina (2009): Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. Reinhardt Verlag, München.

Imhof M., Skrodzki K., Urzinger M. (2000) Aufmerksamkeits-gestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. 3. Auflage. Auer Verlag, Donauwörth Weinheim

Krowatschek D. (2002) Das Marburger Konzentrationstraining für Schulkinder.
https://www.marburgerkonzentrationstraining.de/.../art/ART_Lernchancen-30-5.pdf
[Zugriff am 2.11.2016](#)

Lauth GW., Linderkamp F. (2000) Diagnostik und Therapie bei Aufmerksamkeitsstörungen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag. Stuttgart

Myers D. (2014) Lernen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Ruf B., Arthen K. (2006) ADHS und Wahrnehmungsauffälligkeiten. Früherkennung und Präventionen im Kindergarten und in der 1. Klasse. Auer Verlag

Steinhausen HC. (2000) Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer Verlag. Stuttgart

Stump C. (2002) Aufmerksamkeitsprobleme im Unterricht. Eine Analyse zum ADHS mit Konsequenzen für die schulische Praxis. Wissenschaftliche Hausarbeit, Heidelberg

Wohnhas-Baggerd U. (2008) ADHS und Psychomotorik - Systemische Entwicklungsbegleitung als therapeutische Intervention. Hofmann Verlag, Schorndorf

Internetquellen:

<http://www.edizin.de/de/a-z/krankheiten-von-a-z,s-a0-gs.hyperaktivitaet-im-kindesalter-adhs.html> Zugriff 25.10.2016)

Abbildungsverzeichnis:

Abb.1 Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10

Quelle: Brandau H., Kaschnitz W. (2013) ADHS im Jugendalter S.24

Abb. 2 Kriterien einer ADHS nach DSM-IV

Quelle: Brandau H., Kaschnitz W. (2013) ADHS im Jugendalter S.25

Abb.3 Kernsymptome von ADHS

Quelle: <http://www.adhspedia.de/wiki/Symptome>

Abb.4 Hyperaktives Kind

Quelle: <https://www.zentrum-der-gesundheit.de/adhs.html>

Abb.5 Interaktionsmodell nach Barkley

Quelle: <http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte/tipps-fuer-den-schulalltag.html>

Abb.6 Teufelskreis

Quelle: Stump C. (2002) Aufmerksamkeitsprobleme im Unterricht. Eine Analyse zum ADHS mit Konsequenzen für die schulische Praxis. S.41

Tabellenverzeichnis

Tab.1 Andere mögliche Ursachen für hyperaktive Symptomatik

Quelle: Brandau H., Kaschnitz W. (2013) ADHS im Jugendalter. S.37-38