



FERNLEHRGANG ELTERNBERATER/IN BEI ADS/ADHS®

2. VOLLSTÄNDIG AKTUALISIERTE AUFLAGE 2010

Leseprobe



„Es gibt kein schwieriges Kind, sondern nur Kinder in schwierigen Lebenssituationen, und in denen wirken auch Erwachsene schwierig. Nur sie dürfen es und Kinder nicht.“

Willy *Hane*

Leseprobe



Beachten Sie das Urheberrecht / Copyright!

Dieses Manual, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Verfasserin unzulässig und strafbar. Untersagt sind insbesondere die Vervielfältigung, Übersetzung und Mikroverfilmung dieses Dokuments sowie die Verbreitung bzw. Bereitstellung in elektronischen Rechnernetzen.

Was dürfen Sie mit dem Fernlehrgang tun?

Die Dateien des Fernlehrgangs sind ausschließlich für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt. Es ist nicht gestattet, die Dateien weiterzugeben oder für andere zugänglich in Netzwerke zu stellen. Sie erwerben also eine Ein-Personen-Nutzungslizenz. Wenn Sie mehrere Exemplare des gleichen Fernlehrgangs kaufen, erwerben Sie damit die Lizenz für die entsprechende Anzahl von Nutzern. Das Kopieren des Textes oder Teilen davon für den Gebrauch in Ihren eigenen Dokumenten ist nicht gestattet.

Diese Datei ist mit einem Kopierschutz und Ihrer Vertragsnummer versehen.

Inhaber der Urheberrechte ist die

IFLW - Institut für integratives Lernen und Weiterbildung GmbH
Neißestr. 2
14513 Teltow

vertreten durch die Geschäftsführer: Jörg Frühbrodt, Christine Falk-Frühbrodt

Handelsregister: Amtsgericht Potsdam, HRB 19905P



INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-----------------|--|----------|
| <i>Vorwort</i> | | 8 |
| <i>I</i> | <i>Was ist ADS/ADHS?</i> | 9 |
| I.1 | Diagnostische Kriterien | 9 |
| I.1.1 | Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-IV | 9 |
| I.1.2 | Subtypen nach DSM-IV | 11 |
| I.1.3 | Subtypen nach ICD-10 | 11 |
| I.2 | Positive Eigenschaften von Kindern mit ADS/ADHS | 11 |
| I.3 | Symptome in einzelnen Entwicklungsabschnitten | 12 |
| I.3.1 | Säuglingsalter | 13 |
| I.3.2 | Kleinkindalter | 13 |
| I.3.3 | Kindergartenalter | 13 |
| I.3.4 | Schulzeit | 13 |
| I.3.5 | Pubertät | 14 |
| I.4 | Wer diagnostiziert ADS/ADHS? | 14 |
| I.4.1 | Tests | 15 |
| I.5 | Abgrenzung zu anderen Störungsbildern | 17 |
| I.5.1 | Emotional-psychischer Bereich | 17 |
| I.5.2 | Kognitiver Bereich | 18 |
| I.5.3 | Somatischer Bereich | 18 |
| I.6 | Ursachen | 18 |
| I.6.1 | Angeboren oder erworben? | 19 |
| I.6.2 | Protektive Faktoren | 19 |
| I.6.3 | Verstärkende Risikofaktoren | 19 |
| I.7 | Studie der University of Illinois | 20 |
| I.7.1 | Neurobiologisches Erklärungsmodell | 20 |
| I.7.2 | Verhaltenspsychologisches Erklärungsmodell | 20 |
| I.8 | Therapiemöglichkeiten | 20 |
| I.8.1 | Medikation | 21 |
| I.9 | Soziale Schwierigkeiten von Kindern mit ADS/ADHS | 22 |
| I.10 | Sind Kinder mit ADS/ADHS anders? | 22 |
| I.11 | Brauchen diese Kinder eine besondere Erziehung? | 23 |
| I.11.1 | Jugendliche mit ADS/ADHS | 24 |



| | | |
|------------|--|-----------|
| I.12 | Die Situation der Eltern | 24 |
| I.13 | Teufelskreis innerhalb der Familie | 25 |
| I.14 | „Engelskreis“ innerhalb der Familie | 26 |
| I.15 | Entlastung von Schuldgefühlen | 26 |
| I.16 | Ziele der Beratung | 26 |
| I.17 | Typen von Ratsuchenden | 27 |
| II | <i>Was ist Gesprächstherapie?</i> | 28 |
| II.1 | Gesprächshaltungen | 28 |
| II.1.1 | Akzeptanz | 28 |
| II.1.2 | Empathie | 29 |
| II.1.3 | Kongruenz | 29 |
| II.2 | Gesprächstechniken | 29 |
| II.2.1 | Aktives Zuhören | 29 |
| II.2.2 | Türöffner | 30 |
| II.2.3 | Paraphrasieren | 31 |
| II.2.4 | Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte („Reflektieren“) | 31 |
| II.2.5 | Lösungsorientierte Fragen | 32 |
| II.3 | Übungen zur Gesprächsführung | 34 |
| II.3.1 | Lösungsvorschläge zu den Übungen | 44 |
| III | <i>Gesprächstherapeutische Elternberatung</i> | 56 |
| III.1 | Aufbau einer Beratungssituation | 56 |
| III.1.1 | Kontaktphase | 56 |
| III.1.2 | Anwärmphase | 56 |
| III.1.3 | Problemdefinitionsphase | 57 |
| III.1.4 | Problemerweiterungsphase | 57 |
| III.1.5 | Kontraktphase | 58 |
| III.2 | Fragen | 58 |
| III.2.1 | Eröffnungsfragen | 58 |
| III.2.2 | Wunderfragen | 59 |
| III.2.3 | Bewältigungsfragen | 60 |
| III.2.4 | Fragen nach Ausnahmen | 60 |
| III.2.5 | Fragen nach Ressourcen | 60 |
| III.2.6 | Skalierungsfragen | 60 |
| III.2.7 | zirkuläres Fragen | 61 |



| | | |
|----------|---|----|
| III.3 | Beratungsgrundsätze | 61 |
| III.3.1 | Gleichberechtigung | 61 |
| III.3.2 | Positives zuerst | 62 |
| III.3.3 | Gegenwart und Zukunft zählen | 62 |
| III.3.4 | Eltern als Experten | 63 |
| III.3.5 | Überzeugungen sachlich annehmen | 63 |
| III.3.6 | Nicht zu viel erwarten | 63 |
| III.3.7 | nichts reparieren, was nicht kaputt ist | 63 |
| III.3.8 | Verständlich sprechen | 63 |
| III.3.9 | Wut bedauern | 64 |
| III.3.10 | Zunächst keine Erwiderung bei Kritik | 64 |
| III.3.11 | Verschwiegen sein | 64 |
| III.3.12 | Distanz halten | 64 |
| III.3.13 | Eigene Grenzen kennen | 64 |
| III.4 | Eltern auf Kritisches ansprechen | 65 |
| III.4.1 | Zunächst Anerkennung | 65 |
| III.4.2 | Kritisches konkretisieren | 65 |
| III.4.3 | Gemeinsamkeiten betonen | 65 |
| III.4.4 | Hilfe erbitten | 65 |
| III.4.5 | Optimistisch bleiben | 65 |
| III.5 | Selbsthilfe für Berater/innen | 66 |
| III.5.1 | Seien Sie sich Ihrer Stärken bewusst | 66 |
| III.5.2 | Nehmen Sie Unterstützung an | 66 |
| III.5.3 | Lernen Sie aus Ihren Fehlern | 66 |
| III.5.4 | Sofortige Erfolge sind selten | 66 |
| III.5.5 | Man kann nicht jedem helfen | 66 |
| III.5.6 | Jeder Mensch ist für seine Probleme selbst verantwortlich | 66 |
| III.6 | Strategien für Familien mit ADS/ADHS | 67 |
| III.6.1 | Positives erkennen und fördern | 67 |
| III.6.2 | Verhaltensbeobachtung bei Problemverhalten | 67 |
| III.6.3 | logische Konsequenzen statt Strafen | 67 |
| III.6.4 | Deeskalationstechniken | 68 |
| III.6.5 | Muss-Regeln festlegen, Kann-Regeln aushandeln | 68 |
| III.6.6 | Punktepläne | 69 |
| III.6.7 | wirkungsvolle Aufforderungen | 70 |
| III.6.8 | Kommunikation (weiter) verbessern | 71 |
| III.6.9 | Spiel- und Spaßzeiten | 71 |



| | | |
|----------------------|---|------------------|
| III.6.10 | „Urlaub vom Kind“ | 72 |
| III.6.11 | ADS/ADHS und Hausaufgaben | 72 |
| III.7 | Finanzierungsmöglichkeiten von Beratungen | 76 |
| <i>IV</i> | <i>Literaturliste</i> | <i>78</i> |
| <i>V</i> | <i>Multiple-Choice-Fragen</i> | <i>81</i> |
| <i>Anhang</i> | | <i>94</i> |

Leseprobe

VORWORT

Seit Ende der 90er Jahre ist das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit und ohne Hyperaktivität (ADS/ADHS) in aller Munde. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Aufmerksamkeitsdefizite, motorische Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern werden immer häufiger thematisiert: in den Medien, in den Schulen und in den Wohnstuben. Gleichzeitig existiert eine Unterversorgung an Beratungsangeboten, die den Erziehungsalltag erleichtern könnten. Gerade hier könnte nachhaltige Hilfe ansetzen, denn trotz aller Schwierigkeiten sind es immer noch Mütter und Väter, die den größten Einfluss auf Kinder ausüben.

Unser Konzept basiert auf bei ADS/ADHS bewährten verhaltenstherapeutischen Ansätzen, auf der klientenzentrierten Gesprächstherapie nach Rogers und auf Methoden aus der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg. Die Eltern betroffener Kinder werden als Experten in eigener Sache wertgeschätzt und als gleichberechtigte Partner in die Suche nach Lösungen einbezogen. Der beständige Blick auf das Positive und das Aufzeigen erprobter Erziehungshaltungen und -strategien stärkt die Zuversicht der Eltern und den Glauben daran, Lösungen herbeiführen zu können. Elternberatung nach dem IFLW-Konzept ist eine ganzheitlich-systemische Unterstützung. Werden positive Impulse in der Eltern-Kind-Beziehung gesetzt, profitiert nicht nur das System Familie, sondern auch das weitere Umfeld (Schule, Freundeskreis).

Unser Ziel ist die Schaffung eines flächendeckenden, niedrighwelligen Beratungsangebots zum Thema ADS/ADHS. So können auch Eltern erreicht werden, die den Gang in eine staatliche Erziehungsberatungsstelle scheuen. Dazu soll der vorliegende, aus der gleichnamigen, von 2004 bis 2008 siebenmal stattgefundenen Präsenzfortbildung entstandene Fernlehrgang „Elternberater/in bei ADS/ADHS“ beitragen. Ich freue mich, dass Sie sich zur Teilnahme entschlossen haben und wünsche Ihnen viel Freude und Erfolg!

Christine Falk-Frühbrodt, M.A.

IFLW - Institut für integratives Lernen und Weiterbildung

I WAS IST ADS/ADHS?

ADS steht für „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ oder „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“. Das in den Klassifikationsschemata DSM-IV und ICD-10 enthaltene Kürzel „ADHS“ bedeutet „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. ADS bzw. ADHS ist die derzeit am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Störung im Kindes- und Jugendalter. Die Kernsymptome sind Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität.

I.1 DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

Im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Ausgabe 4, herausgegeben von der American Psychiatric Association) findet sich der Begriff „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Im ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation) wird die Störung als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bzw. als hyperkinetische Störung bezeichnet. Beide Diagnosesysteme stimmen inhaltlich weitgehend überein.

I.1.1 Diagnostische Kriterien der ADHS nach DSM-IV

1. Entweder Punkt a) oder Punkt b) müssen zutreffen:

- a) Mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Unaufmerksamkeit

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler.
- Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten.
- Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen.
- Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Arbeiten nicht beenden.
- Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.



- Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern.
- Verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden.
- Lässt sich durch äußere Reize leicht ablenken.
- Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

b) Mindestens sechs der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

Hyperaktivität

- Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- Steht in Situationen, in denen Sitzen erwartet wird, häufig auf.
- Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in unpassenden Situationen.
- Hat häufig Schwierigkeiten, sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals wie „getrieben“.
- Redet häufig übermäßig viel.

Impulsivität

- Platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist.
- Unterbricht und stört andere häufig.

2. Einige Symptome treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.
3. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Lebensbereichen.
4. Es liegen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vor.

5. Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

I.1.2 Subtypen nach DSM-IV

- Mischtypus, wenn die Kriterien A1 und A2 erfüllt sind.
- vorwiegend unaufmerksamer Typus, wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 erfüllt ist.
- vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus, wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 erfüllt ist.

I.1.3 Subtypen nach ICD-10

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) - im Grunde F90.0 + Störung des Sozialverhaltens

Neben diesen Primärsymptomen können Kinder und Jugendliche Sekundärsymptome entwickeln. Dazu zählen ein niedriges Selbstwertgefühl, starke Stimmungsschwankungen, ein gestörtes Sozialverhalten, oppositionelles Trotzverhalten, eine niedrige Frustrationstoleranz sowie Lern- und Leistungsstörungen.

I.2 POSITIVE EIGENSCHAFTEN VON KINDERN MIT ADS/ADHS

Menschen mit ADS/ADHS verfügen über eine Reihe positiver Eigenschaften, die in unserer Gesellschaft meist nicht hoch bewertet werden, um die mit ADS/ADHS verbundenen Schwierigkeiten auszugleichen. Kinder fallen in aller Regel mit negativem Verhalten auf, nicht mit positivem. Auffallend ist, dass hyperaktiven Kindern in vielen anderen Ländern mit mehr Toleranz begegnet wird. Eine mir bekannte Familie ist von Deutschland nach Italien gezogen. Seither hat es keine Klagen mehr aus der Schule gegeben. Die motorische Unruhe und der andere Aufmerksamkeitsstil der Söhne scheinen dort nicht als Problem wahrgenommen zu werden.

Kinder mit ADS/ADHS haben eine andere Wahrnehmung von ihren Schwächen und Wirkungen auf andere. Sie können sich häufig nicht in ihr Gegenüber versetzen und mögliche Reaktionen einschätzen. Darüber hinaus entgehen diesen Kindern viele eigene Erfolge, was bewirkt, dass sie bei anhaltend negativen Reaktionen aus ihrer Umgebung allmählich das Gefühl bekommen, nichts zu können und nichts wert zu sein.



Überwiegend wird an den Defiziten dieser Kinder gearbeitet. Es wird auf das „halb leere Glas“ geschaut und nicht auf die Begabungen, welche die besondere Art der Wahrnehmung mit sich bringt. Eltern, Lehrer, Therapeuten und andere Bezugspersonen sollten die positiven Eigenschaften dieser Kinder möglichst häufig benennen, würdigen und somit positiv verstärken. Wenn Eltern stärker auf die wünschenswerten Eigenschaften ihrer Kinder achten, ist ein wichtiges Ziel erreicht. Zu den typischen Stärken von Kindern mit ADS/ADHS zählen:

- Kreativität, Phantasie
- Sensibilität, Intuition
- Natur- und Tierliebe
- Gutmütigkeit, nicht nachtragend
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn
- Begeisterungsfähigkeit für Neues und Interessantes
- gute Beobachtungsgabe
- guter Orientierungssinn
- zäh im positiven Sinne, Stehaufmännchen
- Eigensinn, starker Wille
- ungewöhnliche Ideen
- Humor

I.3 SYMPTOME IN EINZELNEN ENTWICKLUNGSABSCHNITTEN

Einige der folgenden Symptome treten in den einzelnen Entwicklungsabschnitten bei allen Kindern auf. Die meisten ADS-Kinder zeigen jedoch eine Vielzahl dieser Verhaltensweisen und das in besonders starker Ausprägung:



I.3.1 Säuglingsalter

- Unruhe (mitunter schon vorgeburtlich)
- ausdauerndes und schrilles Schreien
- Reizbarkeit, Quengeligkeit
- kein Schmusebedürfnis

I.3.2 Kleinkindalter

- ausgeprägte Trotzphase mit exzessiven Wutanfällen
- kurze, destruktive Spielphasen
- auffälliges Schlaf- und Essverhalten
- Entwicklungsverzögerungen (z.B. Sprache)

I.3.3 Kindergartenalter

- Gruppenunfähigkeit und Störverhalten
- Herumzappeln und Dazwischenreden im Stuhlkreis
- Außenseiterrolle
- wenig Gefahrenbewusstsein
- kaum Lernzuwachs durch negative Erfahrungen

I.3.4 Schulzeit

- Einfügung in die Klasse schwierig
- kleinkindhaftes Verhalten
- Lern- und Leistungsstörungen
- niedriges Selbstwertgefühl



- mitunter Handgreiflichkeiten

I.3.5 Pubertät

- Aufmerksamkeitsstörungen
- innere Unruhe
- Leistungsabfall unter negativem Stress
- Organisationsprobleme (Tagesablauf, Verfolgung von Zielen)
- wenig Selbstkontrolle
- Suche nach starken Reizen („sensation seeking“)

I.4 WER DIAGNOSTIZIERT ADS/ADHS?

Da im Rahmen der Diagnostik andere psychische Störungen sowie Erkrankungen ausgeschlossen werden müssen, liegt die Diagnostik in den Händen von Ärzten (Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit besonderer Ausbildung) und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Eine gute erste Anlaufstelle ist ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), in dem Ärzte, Psychologen und Therapeuten fachübergreifend zusammenarbeiten. Eltern benötigen eine Überweisung von einem niedergelassenen Vertragsarzt; in der Regel ist dies der Kinderarzt. Eine bundesweite Adressenliste finden Sie im Internet unter www.dgspj.de.

ADS/ADHS ist eine offizielle Diagnose, die nur von Ärzten, Psychotherapeuten und Heilpraktikern gestellt werden darf. Grundlagen hierfür sind das Heilpraktiker- und das Psychotherapeutengesetz. Vertreter/innen anderer Berufsgruppen müssen auf der Beschreibungsebene bleiben. Sie können in diesem Fall durchaus sagen, dass Ihnen ein Kind auffallend unruhig erscheint, dass es impulsives Verhalten zeigt oder oft unaufmerksam wirkt, von ADS/ADHS dürfen Sie jedoch nicht sprechen, wenn keine entsprechende ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose vorliegt.

I.4.1 Tests

Es gibt derzeit kein standardisiertes Testverfahren, mit dem sich das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom zuverlässig nachweisen lässt. Die Diagnose beruht auf Beobachtungen des kindlichen Verhaltens sowie auf Bewertungen dieser Verhaltensweisen durch den Diagnostiker, die Eltern und das weitere soziale Umfeld des Kindes. ADS/ADHS ist eine Ausschlussdiagnose, d.h. andere Ursachen für das auffällige Verhalten müssen ausgeschlossen werden, um die Berechtigung der Diagnose „ADHS“ wahrscheinlicher zu machen. Dabei können vielfältige Tests zum Einsatz kommen:

Fragebögen

Ein häufig eingesetzter Fragebogen ist der „Fragebogen zu Stärken und Schwächen“ (SDQ), den Sie unter www.sdqinfo.com kostenlos herunterladen können. Es gibt Versionen zum Ausfüllen durch die Eltern, die Lehrer und (ab 11 Jahren) für das Kind selbst. Manche Diagnostiker setzen Fragebögen dieser Art ein, um ein Bild vom Verhalten des Kindes in unterschiedlichen Lebensbezügen zu erhalten. Sie erfahren auf diese Weise auch, wie wichtige Bezugspersonen die Situation einschätzen, ohne mit diesen Personen direkt gesprochen zu haben. Die Fragebögen sind keine ADS-Tests.

Verhaltensbeobachtung

Aufschlussreich kann allein schon die Beobachtung des Verhaltens des Kindes während der Untersuchungen sein. Manche Diagnostiker nutzen zusätzlich Videoaufzeichnungen von Spiel-, Lern- und Interaktionssituationen mit den Eltern und ziehen daraus diagnostische Schlüsse.

Intelligenzdiagnostik

Intellektuelle Über- oder Unterforderung können Ursachen für Konzentrationsprobleme, Unruhe und andere AD(H)S-Symptome sein. Beides muss bei der Diagnostik abgeklärt werden. Als Tests eignen sich z.B. der HAWIK (Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder, F. Petermann und U. Petermann, 2007), der K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children, Melchers und Preuß, 2001), der sprachfreie CPM (Coloured Progressive Matrices, Bulheller und Häcker, 2002), der CFT 1 (Grundintelligenztest Skala 1, Cattell, Weiß und Osterland, 1997) und der CFT 20 (Grundintelligenztest Skala 2, Weiß, 1998).



Leistungsdiagnostik

Bei Kindern mit schulischen Leistungsdefiziten sollten Schulleistungstests erfolgen (LRS- und/oder Rechentests). Häufig wird auch ein Konzentrationstest durchgeführt, z.B. der Dortmunder Aufmerksamkeitstest (DAT) von Lauth, der bp-Test von Esser & Geisel oder der d2 (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test) von Brickenkamp.

Familiendiagnostik

Achse 5 der ICD-10 listet Bereiche psychosozialer Belastungen auf, die bei der Diagnostik abgeklärt werden sollten:

1. abnorme intrafamiliäre Beziehungen (z.B. Misshandlung, Missbrauch, Disharmonie, Mangel an Wärme)
2. psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. abnorme Erziehungsbedingungen (z.B. elterliche Überfürsorge; unzureichende elterliche Steuerung und Aufsicht; unangemessene Anforderungen durch die Eltern)
5. abnorme unmittelbare Umgebung (z.B. Aufwachsen außerhalb des Elternhauses, getrennte leibliche Eltern, Isolation)
6. akute, belastende Lebensereignisse (z.B. Tod eines Elternteils)
7. gesellschaftliche Belastungsfaktoren (z.B. Migration, Verfolgung, Diskriminierung)
8. chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit (z.B. Streitigkeiten mit Mitschülern oder Lehrern)
9. belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes



Körperliche Untersuchungen

Manchmal werden die Sinnesorgane und die Fein- und Grobmotorik überprüft und/oder die Hirnströme (EEG) und die Herzrätigkeit (EKG) gemessen. Eine Blutuntersuchung wird insbesondere bei geplanter Medikamentengabe vorgenommen.

Wer das Thema „Diagnostik bei ADS/ADHS“ vertiefen möchte, ist mit dem sechsten Kapitel des THOP (Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten) von Döpfner, Schürmann und Frölich gut bedient.

I.5 ABGRENZUNG ZU ANDEREN STÖRUNGSBILDERN

Aufgabe des Diagnostikers ist es, andere Ursachen als ADS/ADHS auszuschließen. Diese können im emotional-psychischen, im kognitiven und im somatischen (körperlichen) Bereich liegen. Folgende Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten können Ursachen der Verhaltensauffälligkeiten sein, Komorbiditäten darstellen, d.h. gleichzeitig mit ADS/ADHS auftreten, ohne dass sie zwingend in einem ursächlichen Zusammenhang stehen müssen oder auch Folgen von ADS/ADHS sein (z.B. Teilleistungsstörungen aufgrund von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten).

I.5.1 Emotional-psychischer Bereich

- Überforderung, Erschöpfung
- Milieuschäden
- depressive Störungen
- Manie, Schizophrenie
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus)
- Angststörungen



I.5.2 Kognitiver Bereich

- Intelligenzminderung
- Hochbegabung
- Teilleistungsstörungen (Leistungsdefizite in begrenzten Funktionsbereichen, z.B. Störungen des Lesens und Rechtschreibens)

I.5.3 Somatischer Bereich

- Erschöpfungszustände im Rahmen körperlicher Erkrankungen
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)
- Seh- und Hörstörungen
- neurologische Erkrankungen (z.B. Anfallsleiden)
- Drogenkonsum

I.6 URSACHEN

Die Entstehung von ADS/ADHS ist multifaktoriell bedingt. Es scheint eine genetische Disposition zu geben, die bei Vorliegen bestimmter psychosozialer Einflüsse zum Störungsbild „ADS/ADHS“ führen kann. In etwa drei bis fünf Prozent der Fälle liegt ein nachweisbarer Hirnschaden vor. Einflüsse während der Schwangerschaft oder der Geburt (Tabak, Alkohol, Sauerstoffmangel) können ebenfalls zu Verhaltensweisen führen, die mit ADS/ADHS assoziiert werden. Psychosoziale Einflüsse (z.B. Erziehung, Wohnverhältnisse, Stress) beeinflussen die Ausprägung des ADS/ADHS.

Manche Autoren sehen eine Verbindung zwischen ADS/ADHS und Allergien bzw. Nahrungsmittelunverträglichkeiten. So hält beispielsweise der kalifornische Arzt Ben Feingold Konservierungsstoffe, künstliche Geschmacks- und Farbstoffe, Geschmacksverstärker sowie in Trauben, Äpfeln, Tomaten, Aprikosen, Orangen und anderem Obst und Gemüse enthaltene Salicylate für die Auslöser bzw. Mitverursacher von Hyperaktivität. In den 70er Jahren hat die Apothekerin Herta Hafer die These verbreitet, Phosphate in Nahrungsmitteln führten zu einer Störung der Hirnfunktionen und damit zu hyperaktivem



Verhalten. Diese Annahmen haben sich mehrheitlich nicht bestätigt, können also nicht als Erklärung für ADS/ADHS herhalten.

I.6.1 Angeboren oder erworben?

Oft fragen Eltern und Fachleute, ob mit ADS/ADHS in Verbindung gebrachte Verhaltensweisen angeboren oder erworben sind. In diesem Zusammenhang werden immer wieder bestimmte Gene genannt, doch „sind die genannten genetischen Polymorphismen in der Bevölkerung weit verbreitet, sie erhöhen das Risiko für ADHS jeweils nur gering (1.2- bis 1.9-fach) und erklären jeweils weniger als 5% der Verhaltensvarianz.“ (Stellungnahme der Bundesärztekammer zur "Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)" vom 26. August 2005)

Diese Einflüsse können eine entsprechende Disposition kompensieren:

I.6.2 Protektive Faktoren

- hohe Intelligenz
- liebevolle Konsequenz („autoritativer Erziehungsstil“)
- soziale Eingebundenheit (Schule, Gleichaltrige)
- „Coach“ im Umfeld des Kindes
- frühzeitige, längerfristige multimodale Therapie

Diese Einflüsse können aus einer genetischen Veranlagung das Störungsbild „ADS/ADHS“ machen:

I.6.3 Verstärkende Risikofaktoren

- familiäre Instabilität
- inkonsistenter, vorwiegend strafender Erziehungsstil
- Elternteil mit ADS/ADHS
- niedriger sozioökonomischer Status
- viel TV/PC



- wenig Bewegung

I.7 STUDIE DER UNIVERSITY OF ILLINOIS

Die Psychologen Dr. Kuo und Dr. Taylor publizierten 2004 eine Studie, in der die Eltern von 400 ADHS-diagnostizierten Kindern Auskünfte über die Auswirkungen von 50 Freizeitaktivitäten ihrer Kinder gaben. Die Aktivitäten fanden innerhalb und außerhalb der Wohnungen statt, wobei die Unterschiede darin lagen, dass die Kinder entweder an Orten mit viel Grün oder wenig Grün spielten.

Nach Auswertung der Elternberichte wurde deutlich, dass die Kinder, die sich häufig im Grünen aufhielten, deutlich weniger ADHS-Symptome zeigten. Sie konnten Aufgaben konzentriert lösen, aufmerksamer zuhören und auch die erzieherischen Anweisungen der Eltern eher befolgen. Dabei spielten allgemeine Hintergründe wie Geschlecht, sozialer Status und auch Intensität der Störungsbilds keine Rolle.

I.7.1 Neurobiologisches Erklärungsmodell

Idee: Durch einen (wahrscheinlich genetisch bedingten) Mangel an Botenstoffen werden Informationen nur eingeschränkt übertragen. Dadurch leiden die Konzentrationsfähigkeit und die Fähigkeit zur Selbststeuerung.

I.7.2 Verhaltenspsychologisches Erklärungsmodell

Idee: Schwierige soziale und emotionale Verhältnisse können aus einer (möglicherweise genetisch bedingten) Neigung zu AD(H)S das Störungsbild AD(H)S machen. Unterschiede im Hirn könnten Folgen dieser äußeren Umstände sein. Diese Sicht vertritt u.a. Hüther.

I.8 THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Die Entstehung von ADS/ADHS ist multifaktoriell bedingt. Daraus resultiert die Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes. Bei ADS/ADHS kann eine multimodale Therapie z.B. die folgenden Therapieansätze beinhalten:

- kindzentrierte Psychotherapie (z.B. VT)
- Familientherapie

- Ergotherapie
- Elterntraining
- Lerntherapie
- Logopädie
- Sport (z.B. Judo, Aikido, Boxen, Angeln)
- ggf. therapiebegleitende Medikation

I.8.1 Medikation

Etwa 70 bis 85 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S-Diagnose sprechen bei exakter Dosierung auf Stimulanzien (z.B. Methylphenidat) in erwünschter Weise an. Die anderen Kinder sind so genannte Non-Responder, d.h. sie zeigen auf das Medikament keine oder nicht die gewünschte Wirkung. Häufig zu beobachtende Nebenwirkungen sind Appetitverlust und Einschlafprobleme. Über langfristige Nebenwirkungen ist noch nichts bekannt, obgleich Methylphenidat seit über 50 Jahren in Gebrauch ist. Stimulanzien fallen unter das Betäubungsmittelgesetz, weil sie als Drogen missbraucht werden können und dann eine ähnliche Wirkung haben wie z.B. Kokain. Bei oraler Einnahme in der üblichen Dosierung kommt es zu keiner körperlichen Abhängigkeit.

Seit März 2005 ist das Medikament Strattera (Wirkstoff: Atomoxetin) in Deutschland erhältlich. Atomoxetin zählt nicht zu den Stimulanzien. Es handelt sich um einen selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, der nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Atomoxetin ist eigentlich ein Mittel gegen Depressionen.

Medikamente bei ADS/ADHS sind umstritten, weil sie den Blick auf psychosoziale Ursachen versperren können. Sie sollten nur begleitend im Rahmen einer multimodalen Therapie verschrieben werden (z.B. in Verbindung mit einer Verhaltenstherapie und einem Elterntraining).



I.9 SOZIALE SCHWIERIGKEITEN VON KINDERN MIT ADS/ADHS

Die Hyperaktivität, die Rastlosigkeit dieser Kinder gehört zu den kleineren Problemen: Eltern gewöhnen sich früher oder später an das geringere Schlafbedürfnis ihrer Kinder, die Unruhe und an das drängende Bedürfnis, immer wieder neue Beschäftigten zu beginnen. Für die eigenen Eltern sind diese Verhaltensweisen fast schon normal, da sie ihr Kind nie anders erlebt haben. Dies schließt nicht aus, dass sich Mütter und Väter betroffener Kindern häufig am Rande ihrer Belastbarkeit befinden. Jeden Tag machen sie sich daran, die Klippen der Erziehung zu umschiffen und erleiden doch immer wieder Schiffbruch. Viele dieser Eltern sind gebildete und belesene Leute, die sehr bewusst erziehen und dennoch Unterstützung benötigen.

Eine größere Belastung stellt die Tatsache dar, dass Kinder mit ADS/ADHS von vielen nicht zur Familie gehörenden Menschen abgelehnt werden. Sie haben Defizite im Bereich des sozialen Lernens. Ihre emotionale Intelligenz reift mit Verzögerung. Es fällt ihnen schwer, sich in Gruppen zu integrieren und Spielregeln zu akzeptieren. Dieses Problem beginnt im Kindergartenalter und setzt sich im Schulalter fort. Kinder mit ADS/ADHS haben selten Freunde. Im Kindergarten und auf dem Schulhof spielen sie meist alleine. Andere Kinder fürchten sich vor ihren Wutausbrüchen, den Stimmungsschwankungen und den mitunter aggressiven Verhaltensweisen. In der Nachbarschaft haben Kinder mit ADS/ADHS schnell den Ruf des Störenfrieds weg. Sie haben dann fast keine Gelegenheit mehr, sich in ein besseres Licht zu rücken. Soziale Isolation droht.

I.10 SIND KINDER MIT ADS/ADHS ANDERS?

Kinder mit ADS/ADHS sind meist laut, fügen sich nicht ein und sind stets bemüht, ihre eigenen Interessen durchzusetzen. Regeln scheint es für sie nicht zu geben. Gleichzeitig sind diese Kinder aber auch besonders empfindsam, hilfsbereit und harmoniebedürftig. Das Leben mit ihnen gleicht einer Achterbahnfahrt, für die sich Eltern warm anziehen müssen. Vielen fällt es schwer, sich auf die besonderen Erziehungsbedürfnisse ihrer Kinder einzustellen. Die alltäglichen Schwierigkeiten im Umgang mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern belasten das familiäre Miteinander und überfordern selbst erfahrene Eltern und Großeltern.