

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

AD(H)S-
eine Krankheit unserer Zeit?

Die ätiologischen Theorien zu AD(H)S und ihre Auswirkungen auf die Arbeit mit betroffenen Kindern

vorgelegt von

Maria Jendrzejski

Neubrandenburg, 11. Juni 2012

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Anke S. Kampmeier

Gliederung

1. Einleitung
2. Definition nach ICD-10 und DSM IV als Diagnosegrundlage
3. Zappelphilipp und Traumsuse
 - 3.1. Kernsymptome, Unterschiede zwischen ADHS und ADS
 - 3.2. konkretes Verhalten: in Spielsituationen, in der Beziehungsgestaltung, Lern- und Leistungsverhalten
 - 3.3. Entwicklung von AD(H)S im Laufe des Lebens
4. Folgen oder der Teufelskreis
5. Ursachenforschung/ Ätiologie
 - 5.1. Neurobiologische Theorie (Dopamin - Mangel - Hypothese)
 - 5.2. Neuropsychologische Theorie (Die Theorie gestörter Exekutivfunktionen)
 - 5.3. Neurophysiologische Theorie
 - 5.4. Evolutionspsychologische Theorie
 - 5.5. Entwicklungsneurobiologische These nach Gerald Hüther
 - 5.6. Der affekttheoretische Erwerb von Selbstkontrolle im Zusammenhang mit AD(H)S
 - 5.7 Die gesellschaftlichen Anforderungen an Kinder und AD(H)S
6. Behandlungsmöglichkeiten
 - 6.1. Medikation
 - 6.2. Therapien und Trainings zur Schulung der Fähigkeiten des Kindes
 - 6.3. Umwelteinbeziehende Maßnahmen und Therapien
 - 6.4. weitere Maßnahmen
7. Schlusswort
8. Quellenverzeichnis

1. Einleitung

Überall dort, wo man Kindern begegnet, sieht man es; sie zappeln herum, sie sind ungeduldig, sie hören nicht, wenn die Eltern ihnen etwas sagen und schreien herum, wenn ihnen etwas nicht passt. Und fast genauso häufig, wie man dieses Verhalten beobachten kann, hört man auch von seiner Erklärung: AD(H)S, Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung. Eine Abkürzung, eine Bezeichnung, die so allumfassend ist, dass viele sich schwer etwas darunter vorstellen können, wenn sie nicht einen der zahlreichen Ratgeber zu dem Thema gelesen haben. Doch AD(H)S kommt mittlerweile so oft vor, dass ich mich frage: Warum? Woher kommt es, dass AD(H)S so eine häufige Diagnose ist? Leiden die Kinder wirklich alle an einer Krankheit oder ist AD(H)S nur eine Möglichkeit, unerwünschtes Verhalten zu definieren und durch Medikamente zu beeinflussen? Warum häuft sich der angebliche genetische Defekt, der AD(H)S verursacht, ausgerechnet in Europa und den USA? Vielleicht ist diese Abkürzung ja doch nur eine Bezeichnung für ein Verhalten, das aus dem gesellschaftlichen Leistungsdruck und der Zerrissenheit vieler Familien entsteht?

Das sind Fragen, mit denen ich mich in dieser Arbeit beschäftigen möchte, da AD(H)S ein Phänomen ist, mit dem die Soziale Arbeit auf fast jedem Gebiet konfrontiert wird.

Dazu möchte ich als erstes gängiges Wissen über AD(H)S zusammenstellen, was die Definition nach der ICD-10 und DSM IV betrifft ebenso wie das Verständnis über die Kernsymptome und das Verhalten typischer AD(H)S- Betroffener. Desweiteren werde ich den Teufelskreis beschreiben, in den die unaufmerksamen, impulsiven Verhaltensweisen führen und welche Behandlungen empfohlen werden. Dazu ziehe ich auch die allgemein bekannten Informationen aus AD(H)S- Ratgebern heran.

Um die Behandlungsmöglichkeiten beurteilen zu können, werde ich einige Theorien über die Ursachen näher beschreiben und zusammenfassende Schlüsse aus ihnen ziehen.

Aus Gründen der Vereinfachung wende ich bei Sachverhalten, die Lehrer, Erzieher, Ärzte und Therapeuten betreffen, die männliche Form an, aber auch alle Frauen, die diese Berufe ausüben, sind damit gemeint. Mütter und Väter versuche

ich gleichermaßen zu berücksichtigen.

Im Folgenden werde ich auch meistens von Kindern und nur selten von Jugendlichen sprechen, da AD(H)S eine Diagnose ist, die meistens in der Kindheit gestellt wird und auch in dieser Phase, meistens mit dem Schuleintritt, die Probleme beginnen.

2. Defintion nach ICD- 10 und DSM IV als Diagnosegrundlage

AD(H)S wird von vielen Fachleuten auf ähnliche Weise definiert. Die Definition, die Fachärzte und Psychotherapeuten als Diagnoserichtlinie verwenden, ist die ICD-10 in Europa und die DSM IV in den USA. Zwischen beiden Klassifizierungen gibt es auch Unterschiede, die ich noch erläutern werde.

AD(H)S wird in der ICD-10 unter den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend als Hyperkinetische Störung unter dem Punkt F.90 beschrieben. Hierbei ist AD(H)S „charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen.“¹ Weiterhin wird die hyperkinetische Störung in drei Gruppen eingeteilt; die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und sonstige hyperkinetische Störungen. „Voraussetzung ist das eindeutige Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe und ihr situationsübergreifendes und andauerndes Vorhandensein. Sie dürfen nicht durch affektive Störungen verursacht sein.“² Eine hyperkinetische Störung nach der ICD-10 liegt vor, wenn sechs Symptome der Unaufmerksamkeit, drei Symptome von

1 Zit. www.dimdi.de 2012

2 Zit. www.bundesaerztekammer.de 2012

Überaktivität und eines der Impulsivität über mindestens sechs Monate bestehen. Außerdem müssen die Symptome in mehr als einer Situation vorhanden und vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten sein. Sie verursachen einen erheblichen Leidensdruck oder Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Umfeld. Die Kriterien für eine Entwicklungsstörung, eine Angststörung oder eine manische oder depressive Episode dürfen nicht erfüllt sein.³

Die Kriterien zur Diagnostizierung einer Hyperkinetischen Störung (HKS) nach ICD-10 füge ich hier ein:

G1. Unaufmerksamkeit:

Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

- 1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,*
- 2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten,*
- 3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,*
- 4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),*
- 5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,*
- 6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern,*
- 7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge,*
- 8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt,*
- 9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.*

G2. Überaktivität:

Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

³ Vgl. www.bundesaerztekammer.de 2012

Die Kinder

1. *fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,*
2. *verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird,*
3. *laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl),*
4. *sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,*
5. *zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.*

G3. Impulsivität:

Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. *platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,*
2. *können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,*
3. *unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein),*
4. *reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.* ⁴

In der DSM IV wird die Aufmerksamkeits- Hyperaktivitätsstörung breiter gefasst als die Hyperkinetische Störung nach ICD-10. Es müssen nur entweder sechs Items des Katalogs für Unaufmerksamkeit oder sechs Items für Hyperaktivität und Impulsivität erfüllt sein. Identisch ist bei beiden Richtlinien, das die Symptome länger als sechs Monate bestehen und in ihrer Ausprägung und unter Berücksichtigung des Entwicklungsstands des Kindes nicht nachvollziehbar sind.⁵ Im Unterschied zur ICD-10 müssen bei der AD(H)S nach DSM IV nicht alle, sondern nur einige der Symptome vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten und in

⁴ Zit. www.bundesaerztekammer.de 2012

⁵ Vgl. www.bundesaerztekammer.de 2012

mindestens zwei Lebensbereichen vorhanden sein. Die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung darf nicht nur im Zusammenhang mit einer Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auftreten und lässt sich nicht durch eine psychische Störung besser erklären. Die Kriterien zur Diagnostik sind ähnlich denen aus der ICD-10, nur anders zusammengefasst. In der DSM IV gibt es außerdem Mischtypen, je nachdem, ob entweder der unaufmerksame oder der hyperaktiv-impulsive Teil der Symptome überwiegt. Eine alleinige Aufmerksamkeitsstörung wird in der ICD nicht berücksichtigt und die Abkürzung ADS als unzulässig betrachtet.⁶

AD(H)S wird mittels einer Differenzialdiagnostik diagnostiziert, wobei andere Störungen wie Anpassungsreaktionen auf Familienverhältnisse oder schulische Anforderungen, emotionale Störungen, Nebenwirkungen von Medikamenten und AD(H)S-typisches Verhalten als Auswirkung einer körperlichen Erkrankung wie Epilepsie, Seh- oder Hörstörungen ausgeschlossen werden müssen.

Gemeinsam mit AD(H)S beziehungsweise als Folge dessen können verschiedene andere Erkrankungen auftreten: Am häufigsten ist oppositionelles Verhalten, gefolgt von einer Störung des Sozialverhaltens, affektiven Störungen, Ängsten, Lern- und Teilleistungsstörungen oder auch Tic- Störungen.

3. Zappelphilipp und Traumsuse

3.1. Kernsymptome, Unterschiede zwischen ADHS und ADS

Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sind Stichworte, die inzwischen in Schulen, Kindergärten und Familien in aller Munde sind. In ICD-10 und DSM IV werden diese Worte durch einen Verhaltenskatalog beschrieben, aus dem eine bestimmte Anzahl von Eigenschaften erfüllt sein müssen. Wenn man sich diese Liste nun genau anschaut, fällt auf, dass dabei vor allem Verhaltensweisen aufgezählt werden, die für einen geordneten Ablauf des Unterrichts in der Schule

⁶ Vgl. www.bundesaerztekammer.de 2012

und für Eltern und andere Erwachsene als problematisch empfunden werden.

Die ICD-10 schließt eine reine Aufmerksamkeitsstörung zwar vollkommen aus und in der Fachliteratur werden die Kürzel ADHS und ADS geradezu synonym verwendet, jedoch gibt es im Verhalten sichtbare Unterschiede. In manchen Quellen wird AD(H)S auch als Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit und ohne Hyperaktivität bezeichnet, aber bei der Beschreibung des Störungsbildes wird das Hauptaugenmerk auf die „Zappelphilippe“ gelegt. Das sind meistens die Jungen, die nicht still sitzen können und unkontrollierte Wutausbrüche bekommen. Hyperaktives Verhalten ist für den geregelten Ablauf in Schule und Kindergarten auch viel störender als „Träumerchen“, die in der Ecke sitzen, in die Luft gucken und deren einzige Kompliziertheit für die Erwachsenen darin besteht, dass sie nicht zuhören.

Hans-Reinhard Schmidt beschreibt die Klassifizierung nach ICD-10 folgendermaßen: „Wenn die Kriterien der hyperkinetischen Störung erfüllt sind, eine Störung des Sozialverhaltens nach den Kriterien jedoch nicht vorliegt, liegt eine Störung der Aktivität und Aufmerksamkeit (ADS) vor. Wenn sowohl die Kriterien der hyperkinetischen Störung als auch die der Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, handelt es sich um eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS oder amerikanisch ADHD). Eine Gruppe von anderen hyperkinetischen Störungen (HKS) ist in einem weiteren Punkt der ICD-10 genau spezifiziert.“⁷ Das bedeutet also, dass das Kürzel ADS verschieden definiert wird. In ADS wird einerseits eine Aufmerksamkeitsstörung gesehen, die sich neben Konzentrationsschwierigkeiten in abwesendem und träumendem Verhalten äußert. Andererseits wird ADS als die „normale“ Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung betrachtet, bei der keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt. Um hier den Unterschied zu erkennen, möchte ich auch die Kriterien der Störung des Sozialverhaltens hinzuziehen:

Störungen des Sozialverhaltens *Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche*

7 Zit. Schmidt 2010 S. 19

Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muß mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zugrundeliegende Diagnose zu verwenden.

Beispiele für Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen, umfassen ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur isolierte dissoziale Handlungen.

Exkl.: Affektive Störungen (F30-F39)

Kombination mit emotionalen Störungen (F92.-)

Kombination mit hyperkinetischen Störungen (F90.1)

Schizophrenie (F20.-)

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-)

F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens

*Diese Verhaltensstörung umfaßt dissoziales oder aggressives Verhalten (und nicht nur oppositionelles, aufsässiges oder trotziges Verhalten), das vollständig oder fast völlig auf den häuslichen Rahmen oder auf Interaktionen mit Mitgliedern der Kernfamilie oder der unmittelbaren Lebensgemeinschaft beschränkt ist. Für die Störung müssen die allgemeinen Kriterien für F91.- erfüllt sein. Schwer gestörte Eltern-Kind-Beziehungen sind für die Diagnose allein nicht ausreichend. **F91.1***

Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen

Diese Störung ist charakterisiert durch die Kombination von andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten, das die allgemeinen Kriterien für F91.- erfüllt und nicht nur oppositionelles, aufsässiges und trotziges Verhalten umfaßt, mit deutlichen und tiefgreifenden Abweichungen der Beziehungen des Betroffenen zu anderen Kindern. Nichtsozialisierte aggressive Störung

Störung des Sozialverhaltens, nur aggressiver Typ

F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen

Diese Störung beinhaltet andauerndes dissoziales oder aggressives Verhalten, das die allgemeinen Kriterien für F91.- erfüllt und nicht nur oppositionelles, aufsässiges und trotziges Verhalten umfaßt, und bei Kindern auftritt, die allgemein

gut in ihrer Altersgruppe eingebunden sind. Gemeinsames Stehlen

Gruppendelinquenz

Schulschwänzen

Störung des Sozialverhaltens in der Gruppe

Vergehen im Rahmen einer Bandenmitgliedschaft

F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem

Verhalten *Diese Verhaltensstörung tritt gewöhnlich bei jüngeren Kindern auf und ist in erster Linie durch deutlich aufsässiges, ungehorsames Verhalten charakterisiert, ohne delinquente Handlungen oder schwere Formen aggressiven oder dissozialen Verhaltens. Für diese Störung müssen die allgemeinen Kriterien für F91.- erfüllt sein: deutlich übermütiges oder ungezogenes Verhalten allein reicht für die Diagnosenstellung nicht aus. Vorsicht beim Stellen dieser Diagnose ist vor allem bei älteren Kindern geboten, bei denen klinisch bedeutsame Störungen des Sozialverhaltens meist mit dissozialem oder aggressivem Verhalten einhergehen, das über Aufsässigkeit, Ungehorsam oder Trotz hinausgeht.*

F91.8 Sonstige Störungen des Sozialverhaltens

F91.9 Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet Kindheit:

- *Störung des Sozialverhaltens o.n.A.*
- *Verhaltensstörung o.n.A.* ⁸

Das hier geschilderte oppositionelle und dissoziale Verhalten kann sich aber auch als Folge des AD(H)S-typischen Verhaltens entwickeln, als Antwort auf unangemessene Reaktionen der Eltern, Lehrer und Mitschüler oder als Ausdruck von Unverständnis gegenüber den Anweisungen der Erwachsenen.⁹ Unruhe, Unaufmerksamkeit und Impulsivität können aber auch aufgrund anderer Beeinträchtigungen oder Probleme ein hohes Ausmaß annehmen. Abgesehen von der altersgemäßen Aktivität bei Kindern können die Kernsymptome von AD(H)S auch bei einer Lern- oder geistigen Behinderung, wegen oppositionellen Verhaltens, bei psychiatrischen Erkrankungen oder als Folge von schulischer Unter- und Überforderung, Ängsten, emotionalen Belastungen oder als Nebenwirkung einiger Medikamente auftreten.¹⁰

⁸ Zit. www.dimdi.de 2012

⁹ Vgl. Döpfner 2007 S. 20

¹⁰ Vgl. Döpfner 2011 S. 34

3.2. konkretes Verhalten: in Spielsituationen, in der Beziehungsgestaltung, Lern- und Leistungsverhalten

Nach einer ersten Beschreibung der Kernsymptome von AD(H)S möchte ich das genaue Verhalten in wichtigen Lebensbereichen der Kinder beschreiben, um deutlicher zu machen, worin die Schwierigkeit für unaufmerksame und aktive Kinder besteht. Dafür habe ich die Kategorien Spielverhalten, Beziehungsgestaltung und Lernverhalten gewählt, weil dies die Bereiche sind, die am häufigsten beschrieben werden und in denen den Kindern somit die meisten Konflikte zu entstehen scheinen.

Wenn die Kinder spielen, dann machen sie das, wozu sie gerade Lust haben, folgen ihrer ersten Idee. Das ist zunächst nichts Ungewöhnliches. Besonders AD(H)S-Kinder werden als sehr kreativ beschrieben; immer wieder haben sie eine neue Idee und da ist es doch nicht weiter verwunderlich, wenn sie ständig zwischen ihren Tätigkeiten hin und her wechseln.¹¹ Das kann allerdings für ihre Spielkameraden sehr schwierig sein, denn diese haben vielleicht gerade Spaß an einem Spiel gefunden und dann möchte ihr Partner schon wieder etwas anderes tun. Für Kinder ist das ein Verhalten, das schwer auszuhalten ist. Auch haben AD(H)S-Kinder (wie wahrscheinlich andere Kinder auch) sehr wenig Geduld und wollen ihr Spiel sofort beginnen oder ihren Wunsch erfüllt bekommen. Wenn sie zu lange warten müssen oder ihre Bitten abgelehnt werden, kann das leicht zu Unmut und Wutausbrüchen führen. Das Ausmaß entscheidet jedoch darüber, inwiefern dieses Verhalten wirklich ein Störungsbild sein kann. Aber abgesehen von der gerade geschilderten Sprunghaftigkeit sind auch diese Kinder in der Lage, sich ausdauernd mit etwas zu beschäftigen, das sie sehr begeistert und interessiert.¹² Dass die Schulaufgaben oft nicht dazu gehören, ist auch in Anbetracht normaler Kinder absolut nachvollziehbar.

¹¹ Vgl. Ettrich 2003 S. 9

¹² Vgl. Döpfner 2011 S. 26

Wie schon im vorherigen Absatz angedeutet, ist es vor allem für Gleichaltrige keine leichte Aufgabe, mit der Launenhaftigkeit und den Tätigkeits- und Stimmungswechseln der Kinder, die mit AD(H)S betitelt oder diagnostiziert werden, zurechtzukommen. Ihre Verhaltensweisen erzeugen häufig Ablehnung bei den anderen Kindern und führt zu Konflikten, bei denen auch Aggressivität eine Rolle spielt. Wenn die Betroffenen dann so in Wut geraten, verstärkt das die Feindseligkeit noch.¹³

Oft reden die betroffenen Kinder auch drauf los und stellen Fragen, die nicht unbedingt jemand beantworten will¹⁴, unterbrechen ihren Gegenüber aber gleichzeitig und können durch ihre unüberlegten Äußerungen und Handlungen den Anderen verletzen.¹⁵ Entsprechend schwierig gestaltet sich für diese Kinder das Knüpfen und Erhalten von Freundschaften und auch die Beziehung zu ihren Eltern und anderen Erwachsenen, da sie sich oft auch nicht altersgemäß verhalten können.¹⁶

Dass Kinder, bei denen AD(H)S diagnostiziert wurde, Schwierigkeiten in der Schule haben (oder umgekehrt), ist allgemein bekannt. Laut den Ratgebern und Elternbüchern, die veröffentlicht wurden, haben AD(H)S-Betroffene vor allem Probleme mit Aufgaben, die geistige Anstrengung erfordern und besonders kompliziert ist es für sie, wenn diese Aufgaben, so wie in der Schule, von anderen bestimmt werden.¹⁷ Es sind dadurch eher unangenehme Tätigkeiten, von denen sie sich natürlich auch leichter ablenken lassen.¹⁸ Doch auch andere Kinder und ebenso Erwachsene lassen sich leichter von etwas ablenken, zu dem sie eigentlich keine Lust haben.

Da die Kinder in ihrem Verhalten sehr unruhig sind, fällt es ihnen auch schwer, lange still sitzen zu bleiben und können auch einer Aufforderung zur Ruhe nur kurzzeitig folgen.¹⁹

Somit ist es kein Wunder, dass AD(H)S-Kinder von Lehrern als sehr störend

13 Vgl. Gawrilow 2009 S. 13

14 Vgl. Ettrich 2003 S. 9

15 Vgl. Döpfner 2007 S. 11

16 Vgl. Gawrilow 2009 S. 14

17 Vgl. Döpfner 2011 S. 26,27

18 Vgl. Ettrich 2003 S. 9

19 Vgl. Döpfner 2007 S. 12

empfundener werden und es sie zur Verzweiflung treibt, dass sie den Unterricht nicht geordnet durchführen können. Inwiefern diese Verzweiflung Auswirkungen auf die Kinder hat, denen diese Gefühle gelten, werde ich unter den Folgen noch näher erläutern.

3.3. Entwicklung von AD(H)S im Laufe des Lebens

Die gängige Literatur ist der Meinung, dass die Anzeichen von AD(H)S schon im Kleinkindalter, nach vereinzelt Aussagen sogar schon im Mutterleib auftreten, durch häufigeres Treten beispielsweise. Säuglinge hätten häufiger Schlafprobleme und wären Schreibabies oder wären beim Füttern sehr eigen. So verweigern sie die Nahrung oft, sind wählerisch oder lassen sich nur in besonderen Situationen, zum Beispiel beim Spielen oder Laufen füttern.²⁰ Es wird allerdings eingeschränkt, dass Kleinkinder und Säuglinge mit diesem Verhalten kein AD(H)S bekommen müssen und andererseits können spätere Kinder mit AD(H)S völlig unproblematisch in ihren ersten Lebensjahren sein.

In der Vorschule und im Kindergarten zeigt sich dann stärker die motorische Unruhe und Umtriebigkeit des Kindes. In diesen Institutionen ist die Ausprägung der Problematik oft stärker, da es dort mehr Ungewohntes und mehr ablenkende Reize gibt, die das Kind verarbeiten muss. Hier zeigen sich dann auch die Wutausbrüche, wenn etwas nicht nach ihren Wünschen geschieht. Sie überschreiten die von den Erziehern gesetzten Grenzen scheinbar willkürlich. In den Übungen, die die Frühförderung im Kindergarten häufig ansetzt, werden den Erziehern Rückstände in der Sprache deutlich und bei Aufgaben, für die sie ihre Bewegungen konzentriert koordinieren müssen, wie beim Zeichnen.²¹

Mit dem Eintritt in die Grundschule verschärft sich die Problematik oft noch, da nun mehr als zuvor Ruhe und Konzentration gefordert wird.²² Die Hausaufgaben werden in der Familie zur Herausforderung des Tages, Eltern und Lehrer verlieren immer häufiger und schneller ihre Geduld mit dem Kind und das Kind hat bald keine Lust mehr, sich anzustrengen und etwas zu lernen. Die Schulnoten werden schlechter und bei einigen Kindern ist ein Schulwechsel oder die Wiederholung

²⁰ Vgl. Gawrilow 2009 S. 33,34

²¹ Vgl. Döpfner 2011 S. 47, 48

²² Vgl. Döpfner 2007 S. 18

der Klasse nötig. Mit den Problemen in der Schule kommt dann oft die Diagnose AD(H)S, die nicht selten mit einer Teilleistungsstörung einhergeht. Nicht nur Eltern und Lehrer, sondern auch die Kinder belasten die Schwierigkeiten im Unterricht, sie haben oft kaum Freunde, da sich ihre Mitschüler über das ständige Stören aufregen und sich von dem betroffenen Kind abwenden. Aus dieser Ablehnung und Überforderung des Kindes folgen oft zunehmende Aggressivität und Selbstwertprobleme.²³

Wenn diese Kinder nun in die Pubertät kommen, vermindert sich oft die körperliche Unruhe, die Impulsivität und Konzentrationsprobleme, was wahrscheinlich mit den körperlichen Reifungsprozessen, besonders der Reifung des Gehirns zu tun hat. Diese Eigenschaften gelten immer noch als stärker ausgeprägt als bei „normalen“ Gleichaltrigen. Bei einem günstigen weiteren Verlauf können die Unterschiede sogar nahezu verschwinden. Hatte der Jugendliche jedoch bereits aggressive Probleme, können diese sich nun weiter verstärken und zu dissozialem Verhalten auswachsen. Die Jugendlichen fangen immer mehr an, zu lügen, erst in der Familie und dann außerhalb zu stehen und neigen stärker zu Alkohol- und Drogenkonsum. Sie verachten die Schule und alles, was damit zusammenhängt, schwänzen sehr häufig und verbergen so ihre Versagensängste.²⁴ Sie bleiben wegen ihrer mangelnden Ausdauer und Anstrengungsbereitschaft oft ohne Schulabschluss und sind wegen ihrer höheren Impulsivität risikobereiter. Das äußert sich neben aggressivem Verhalten auch in späterer riskanter Fahrweise und somit häufigeren Unfällen. Jugendliche mit AD(H)S rauchen auch öfter, um sich selbst zu behandeln.²⁵

Im Erwachsenenalter können sich diese Verhaltensprobleme fortsetzen, besonders bei den Menschen, die schon als Jugendliche delinquent geworden sind, ist eine Besserung aus eigener Kraft schwer.²⁶ Wenn der AD(H)S-Verdacht erst im Erwachsenenalter entsteht, muss eine retrospektive Befragung des Betroffenen und ein Interview mit den Eltern und anderen Familienmitgliedern stattfinden. Schwer lassen sich zu dieser Zeit noch die Lehrer der nun Erwachsenen finden. Eine so später Diagnostik ist oft nicht sehr eindeutig, weil die Störung im Laufe des Lebens schon kompensiert worden ist. Dabei können

23 Vgl. Gawrilow 2009 S. 35, 36

24 Vgl. Döpfner 2011 S. 48, 49

25 Vgl. Gawrilow S. 37, 38

26 Vgl. Döpfner 2011 S. 49

überdeckende Störungen entwickelt worden sein, wie eine Depression. AD(H)S ist bei Erwachsenen auch schwer zu entdecken, da die körperliche Unruhe oft einer inneren Umtriebigkeit gewichen ist. Sie können meistens viel längere Phasen von Sitzen oder Liegen aushalten. Lange Flüge oder Krankenhausaufenthalte sind Beispiele für unangenehme Situationen für Erwachsene mit AD(H)S. Die Unruhe kann sich aber noch in ständigen Fußbewegungen oder Kneten der Hände äußern. Die Ablenkbarkeit und die Konzentrationsprobleme bleiben meistens und bringen auch Schwierigkeiten bei der Ausbildung oder im Studium. Beruflich suchen sich diese Menschen oft Arbeitsstellen, bei denen andauernde Aufmerksamkeit nicht so wichtig ist. Allerdings kann es vorkommen, dass sie ihre Stelle häufiger wechseln, ebenso, wie sie Probleme haben, ihre Partnerschaften zu halten. Das sind Anzeichen der gebliebenen Impulsivität und auch wenig gesteuertes Essverhalten gehört dazu. Deshalb sind Menschen mit AD(H)S häufiger übergewichtig. Ihre beeinträchtigte Selbstkontrolle führt zu einem eher chaotischen Haushalt und mangelnder Organisationsfähigkeit im privaten wie im beruflichen Bereich. Das wird oft negativ gewertet und verstärkt die möglicherweise schon vorhandene Selbstwertproblematik. Es fällt ihnen schwer, Stress auszuhalten und sind insgesamt emotional labil, was sich unter anderem in Stimmungsschwankungen äußert.²⁷

4. Folgen oder der Teufelskreis

In ganz alltäglichen Situationen in der Schule und zuhause müssen Grenzen eingehalten und Aufforderungen befolgt werden, denen die Kinder nicht immer nachkommen. Auch AD(H)S-Kinder haben ihre Probleme damit, wegen ihrer Aufmerksamkeitsschwierigkeiten und ihrer Impulsivität beschäftigen sie sich schnell mit etwas anderem und vergessen fast sofort, was ihnen gerade gesagt wurde.²⁸ Ich möchte hier beschreiben, wie Eltern und Lehrer oft darauf reagieren und welche Erfahrungen so bei dem betroffenen Kind ankommen.

Wenn die Aufforderung, die ihnen Eltern oder Lehrer stellen, nicht befolgt wurde

²⁷ Vgl. Gawrilow 2009 S. 38-41

²⁸ Vgl. Döpfner 2007 S. 20

und wiederholt werden muss, werden die Erwachsenen ärgerlich, vor allem, wenn es nicht die erste Situation ist, in der das passiert. Sie heben ihre Stimme wollen das Kind durch diesen Druck zum Gehorsam bringen.²⁹ Wenn es nachgibt, wird es oft nicht weiter beachtet, gehorcht es aber nicht, verlegen sich die Eltern auf Drohungen und folgen dabei der Wut, die aufgrund der Weigerung ihres Kindes wächst. Sie werden ratlos und manche auch aggressiv und schlagen ihre Kinder sogar. Lehrer schicken die störenden Schüler dann oft aus dem Raum oder versuchen sie zu ignorieren, um den Unterricht fortsetzen können, weil sie sich ebenso wie die Eltern mit dem Verhalten des Kindes überfordert fühlen. Wenn das Kind doch tut, was sie sagen, sind die Erwachsenen meistens zu erleichtert, um noch etwas Wertschätzendes zu sagen.³⁰

Das Kind macht in solchen Zusammenhängen eher wenig wertvolle Erfahrungen. Wenn die Eltern nachgiebig sind, lernt das Kind, dass es sich nur lange genug taub stellen und die Drohungen aushalten muss, bis der Elternteil sich beruhigt hat. Sie werden noch häufiger Nein sagen und wissen, dass nicht ernst gemeint ist, was die Eltern sagen.

Reagieren die Eltern auf die Weigerung des Kindes aggressiv, ergibt sich für die Kinder daraus, dass körperliche Stärke ein gutes Mittel ist, um sich durchzusetzen. Die Gefahr, dass es anderen, wie seinen Geschwistern oder Mitschülern gegenüber gewalttätig wird, ist groß. Vor den Eltern selbst aber lernen sie, Angst zu haben.

Die dritte Möglichkeit ist, dass die Eltern sich einfach abwenden, sodass ihr problematisches Verhalten nicht weiter beachtet wird. Wenn aber auch ihr angemessenes Verhalten nicht belohnt wird, so ist dieses für sie nichts wert und sie greifen wieder zu den unerwünschten Verhaltensweisen. Sie sind für die Kinder unkomplizierter und bringen ihnen zumindest für einen kurzen Moment Aufmerksamkeit, wenn die Eltern einen Satz dazu sagen, dass sie dieses Verhalten nicht zeigen sollen.³¹

Das Verhalten und die Erfahrungen der Kinder haben einerseits Auswirkungen auf

29 Vgl. Döpfner 2007 S. 22

30 Vgl. Döpfner 2007 S. 29

31 Vgl. Döpfner 2011 S. 154, 155

ihre schulischen Leistungen. Sie sind unaufmerksam und bekommen vielleicht gar nicht alles mit, was zu Leistungsproblemen, vor allem beim Lesen, Schreiben und Rechnen führt. Ihr Schriftbild ist aufgrund ihrer Ungeduld, mangelnder Koordinationsfähigkeit und der daraus folgenden Ungeschicklichkeit oft schlecht. Sie haben Probleme, bei Diktaten die ganze Zeit zuzuhören und können so meist nicht alle Worte richtig aufschreiben. Sie werden oft für förderbedürftig befunden und müssen die Schule wechseln oder die Klasse wiederholen.

Diese Misserfolge und die Ablehnung und Nichtbeachtung durch andere macht die Kinder unsicher und an Selbstvertrauen mangelt es ihnen immer mehr. Sie entwickeln Ängste davor, wieder etwas zu versuchen, weil sie nicht scheitern wollen und einerseits kann ihr Auftreten immer schüchterner werden, andererseits können sie versuchen, ihre Ängste unter Trotz und Wut zu verbergen. Sie legen sich eine harte Schale zu, bei der ein weicher Kern nicht mehr erkennbar ist.

Auf der Grundlage des Trotzes und der Wut gehen die Kinder auch zu Ungehorsam über. Besonders mit Beginn des Jugendalters neigen sie dazu, länger von zu Hause weg zu bleiben, als ihnen erlaubt ist und sie geraten in Konflikt mit dem Gesetz. Sie brechen aus den Regeln der Erwachsenen auch aus, um Gleichaltrigen zu imponieren oder von den Eltern Beachtung zu finden und wenn es nur negative Aufmerksamkeit ist.

Die Ablehnung durch ihre Mitschüler macht den Kindern sehr zu schaffen. Wie schon erwähnt, werden sie beim Spielen als Störenfriede empfunden, als streitsüchtig wegen ihrer Stimmungsschwankungen und weil sie auch schnell aggressiv werden können. Ihre Spielkameraden finden sie „nervig“, weil die AD(H)S- betroffenen Kinder immer versuchen, das Sagen zu haben, das Spiel zu bestimmen und zu kontrollieren, was der andere macht.

Die angesprochene Unsicherheit und der Trotz der Kinder belastet aber nicht nur ihre Beziehungen zu Gleichaltrigen, sondern auch zu Erwachsenen. Ständig gibt es Auseinandersetzungen wegen den Hausaufgaben oder weil die Kinder ihr Zimmer aufräumen sollen und die Eltern sind regelrecht verzweifelt. Sie haben das Gefühl, ihr Kind nicht mehr „im Griff“ zu haben und denken, die hätten bei der Erziehung versagt. Das bekommen sie auch oft genug von Lehrern gesagt, die sich über das Verhalten des Kindes im Unterricht beschwerten. Das Kind wiederum hört nur die ständige Kritik und bekommt das Gefühl, es niemandem recht machen

zu können.³²

Somit sind das AD(H)S-Kind, seine Eltern, Lehrer und Mitschüler in einem Teufelskreis gefangen aus Ablehnung, Unverständnis und Überforderung. Aber es gibt Möglichkeiten für die Kinder, ihr Verhalten in den Griff zu bekommen und die Missverständnisse mit ihren Mitmenschen auszuräumen und Verständnis und Rücksicht zu gewinnen.

5. Ursachenforschung/Ätiologie

Die Symptomatik und die Auswirkungen von AD(H)S-typischem Verhalten sind, der Literatur nach zu urteilen, hinreichend bekannt. Über die Frage der Ursache gibt es jedoch viele verschiedene Theorien, von denen ich hier einige näher ausführen möchte.

5.1. Neurobiologische Theorie (Dopamin-Mangel-Hypothese)

Die wohl bekannteste der Theorien zur Ursache von AD(H)S ist die Auffassung, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung eine genetisch bedingte Störung des Dopaminhaushalts ist. Die Erblichkeit wird dadurch begründet, dass Aufmerksamkeitsschwächen, Impulsivität und gesteigerte Aktivität auch in erhöhtem Maße bei unmittelbaren Familienangehörigen auftreten. Verschiedene Adoptions- und Zwillingsstudien sollen das belegen. Nach molekulargenetischen Untersuchungen finden sich verschiedene Gene, die die Regulation von Dopamin beeinflussen und bei den Patienten verändert sind. Allerdings sind diese Veränderungen bei den Betroffenen nicht identisch, sodass ein eindeutiges Gen oder eine Gruppe von Genen als Verursacher zu bestimmen, nicht möglich ist.³³ Dennoch wird der Genetik eine große Rolle zugeschrieben.

Die Veränderungen im Gehirn sind jedoch nicht einmal mit den modernsten bildgebenden Verfahren nachweisbar. Aufgrund dessen wird angenommen, dass sie zu komplex sind und eindeutig festgestellt werden zu können. Viel

³² Vgl. Döpfner 2009 S. 64-66

³³ Vgl. Gawrilow 2009 S. 19, 20

wahrscheinlicher scheint es dann doch, dass AD(H)S durch eine Menge verschiedener Faktoren ausgelöst wird.³⁴

Was die Gene nun auslösen sollen, ist eine erhöhte Dichte der Dopamintransporter, was also bedeutet, dass aus dem synaptischen Spalt zu viel Dopamin in die Nervenzelle zurück transportiert wird. Das bedeutet, dass in der Nervenzelle ein Dopaminüberschuss und im synaptischen Spalt ein Mangel herrscht. Diese Theorie ist jedoch nie nachgewiesen worden; selbst die erhöhte Dichte von Dopamintransportern ist unbestätigt. Studien zeigen keine eindeutigen Ergebnisse: In einer Studie ist die Dichte wirklich höher als bei gesunden Menschen, in einer anderen ist sie sogar niedriger oder genauso hoch. Es ist auch möglich, dass die Hirnveränderungen nicht von der Störung selbst, sondern von der Medikation verursacht werden. Dafür gibt es aber keine Belege.³⁵

5.2. Neuropsychologische Theorie (Die Theorie gestörter Exekutivfunktionen)

Die These der neuropsychologischen Theorie ist, dass bestimmte exekutive Fähigkeiten bei Kindern mit AD(H)S eingeschränkt sind. Barkley (1997) vermutet, dass besonders die Impulskontrolle eingeschränkt ist. Das bedeutet, dass die Kinder Schwierigkeiten mit dominanten Handlungsimpulsen, laufenden Handlungen und sich überschneidenden, gleichzeitigen Handlungstendenzen. Diese Bereiche bezeichnet er auch als Inhibitionsprozesse, die als Grundlage für sehr wichtige Exekutivfunktionen dienen, die dann bei den Betroffenen von AD(H)S eingeschränkt sind: Zum einen ist es das nonverbale Arbeitsgedächtnis, das dafür verantwortlich ist, dass wir nicht verbal geäußerte Informationen im Arbeitsgedächtnis abrufbar halten und sie verändern können. Genauso treten Schwierigkeiten dabei auf, Emotionen, Aufmerksamkeit und Motivation zu kontrollieren, die Sprache ohne Anstrengung und viel Überlegen zu nutzen und sich Handlungsabfolgen zu merken und durchzuführen. Fachlich werden diese Exekutivfunktionen als Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit, Internalisierung und Automatisierung von Sprache und die

³⁴ Vgl. Döpfner 2007 S. 19

³⁵ Vgl. Schmidt 2010 S. 47, 48

Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen benannt.³⁶

Empirische Studien sollen belegen, dass AD(H)S-Kinder bei Aufgaben, für die der Einsatz dieser Funktionen erforderlich ist, wesentlich mehr Fehler machen als nicht betroffene Kinder. Beispielsweise ist das bei Aufgaben der Fall, bei denen nur auf bestimmte Reize reagiert werden soll, auf andere nicht (Go-NoGo-Aufgaben) oder bei denen die Handlung nach einem Stopp-Signal unterbrochen werden soll (Stopp-Aufgaben). Am häufigsten passieren Auslassungs- und Verwechslungsfehler.³⁷

Auch bei dieser Theorie soll eine genetische Störung zugrunde liegen. Es wird allerdings kritisiert, dass die gestörten Exekutivfunktionen wohl eine Rolle bei AD(H)S spielen mögen, das Störungsbild selbst durch die aber nicht hinreichend erklärt wird.³⁸ Auch hier ist dahingestellt, welche Gene für die Störung verantwortlich sind und ob die Störung der Exekutivfunktionen nicht vielleicht erst später eintritt, wenn das Gehirn durch die AD(H)S-typische Nutzung und eine eventuelle Medikation schon verändert wurde.

5.3. Neurophysiologische Theorie

Eine andere, vage formulierte These ist die neurophysiologische These, laut der der Störung AD(H)S verschiedene Besonderheiten im Gehirn zugrunde gelegt werden. Als Beispiel wird eine geringere Größe des Frontallappens bei AD(H)S-Betroffenen genannt.³⁹ Nach einigen Studien hat diese Hirnregion bei Menschen mit AD(H)S bis zu 12% weniger Volumen als bei gesunden Menschen. Und da der Frontallappen die Hirnregion ist, in der die Steuerung von Handlungen, Impulsen und Konzentration stattfindet. Dadurch, dass dieser Bereich kleiner ist, soll die Kontrolle eben dieser Merkmale bei Betroffenen eingeschränkt sein.⁴⁰

Darüber hinaus wurde im Frontalhirn eine geringere Durchblutung festgestellt, was für Forscher nahelegt, dass eine Verminderung des Glucosestoffwechsels vorliegen könnte.⁴¹ Wenn nun nicht genug Zucker als Antriebsstoff zur

36 Vgl. Gawrilow 2009 S. 21

37 Vgl. Gawrilow 2009 S. 22

38 Vgl. Schmidt 2010 S. 49

39 Vgl. Gawrilow 2009 S. 20

40 Vgl. Ettrich 2003 S. 17

41 Vgl. Gawrilow 2009 S. 20

Verarbeitung von Reizen zur Verfügung steht, verschlechtert sich die Durchblutung und somit auch die Leistungsfähigkeit des Kindes. Da die Kinder in unserer Zeit ständig von Reizen überflutet werden (ob nun von dem Flimmern des Fernsehers oder dem belebten Straßenverkehr), hat das Kind mit AD(H)S noch mehr Schwierigkeiten, all diese Reize zu filtern, da nicht genug Zucker in seinem Stoffwechsel vorhanden ist, um alle notwendigen Funktionen in Gang zu halten. Die selbst hervorgerufenen Reize in Form von Zappeligkeit dienen dem Kind lediglich dazu, das Gehirn besser zu versorgen, als es die äußeren Reize tun, da so die Produktion von Botenstoffen angekurbelt werden soll.⁴²

Aber auch hier ist anzumerken, dass es sich um eine Gedankenkonstruktion handelt, die keinesfalls zweifelsfrei erwiesen ist. Wo die Veränderungen in den Hirnregionen, die wohl auch noch sehr unterschiedlich sind, wirklich herkommen und ob sie wirklich ursächlich sind, ist nicht bewiesen. Möglicherweise spielt auch dieser Aspekt wieder eine Rolle als ein Teil von einem Bündel Faktoren, die für das immer häufiger auftretende, unkonzentrierte Verhalten der Kinder verantwortlich ist.

5.4. Evolutionspsychologische Theorie

Die in Fachkreisen wohl am wenigsten ernst genommene These ist die von Thom Hartmann, der 2006 in seinem Buch „Eine andere Art die Welt zu sehen“ behauptete, dass Betroffene von AD(H)S lediglich die aus der Steinzeit vererbten Eigenschaften der „Jäger“ ausbilden würden. Diejenigen, die kein AD(H)S hätten, wären folglich die „Bauern“. Er überträgt die Wesenszüge, die damals einfach überlebenswichtig waren, auf die AD(H)S- Symptomatik. So sieht er in der leichten Ablenkbarkeit eher eine Wachsamkeit, die der Jäger brauchte, um die Umgebung ständig überwachen zu können. Und die Impulsivität, durch die AD(H)S-Betroffene manchmal in gefährliche Situationen geraten (beispielsweise im Straßenverkehr), ist für ihn lediglich eine Risikobereitschaft, die bei der Jagd ebenso notwendig war. Auch ist es für ihn die jägereigene Unabhängigkeit, die sich im Trotz gegen Anweisungen anderer äußert und den Erwachsenen so viel Ärger bereitet.

Seiner Ansicht nach ist AD(H)S als Gruppe von Merkmalen der Jäger völlig normal

42 Vgl. Ettrich 2003 S. 17

in der Bevölkerung verteilt. Nur die Ausprägung der Merkmale unterscheidet sich. Bei den meisten Menschen sind diese Eigenschaften eher mittelmäßig ausgeprägt und Extreme gäbe es eher selten.⁴³

Das ist eine ziemlich umstrittene Theorie, die zwar eine positive Sicht auf die sonst so problematisch betrachteten Merkmale der AD(H)S-Kinder erlaubt, leider jedoch noch weniger nachweisbar scheint als die vorherigen Thesen. Doch auch diese Theorie erklärt nicht, wieso AD(H)S gerade jetzt so häufig aufzutreten scheint.

5.5. Entwicklungsneurobiologische These nach Gerald Hüther

Jetzt komme ich zu einer Theorie, die im Gegensatz zu den anderen die Einflüsse der Umwelt mit einbezieht. Gerald Hüther, der diese These aufgestellt hat, bringt hier Erkenntnisse aus der Bindungstheorie und der Hirnforschung zusammen. Grob gesagt geht er nicht davon aus, dass es ein Störungsbild wie AD(H)S gibt beziehungsweise, dass dieses Konstrukt nicht notwendig ist. Aber hirnstrukturelle Veränderungen, die von einer einseitigen Nutzung her rühren, können unaufmerksames und übermäßig aktives Verhalten bewirken. Um das genauer zu erklären, muss ich jedoch etwas weiter ausholen und zunächst die genutzten Ergebnisse aus der Hirnforschung hier einbringen.

Fest steht mittlerweile, dass die synaptischen Verbindungen im Gehirn keinesfalls so unveränderlich sind wie ursprünglich angenommen. Vielmehr ist es von entscheidender Bedeutung, wie das Gehirn im Laufe des Lebens genutzt wird, um die Struktur zu bestimmen. Aus der Veränderlichkeit der Hirnstruktur folgt auch, dass eine Reorganisation der Verbindungen immer möglich ist, wenn das Gehirn dauerhaft auf eine andere Weise als gewohnt genutzt wird. Das bedeutet ebenfalls, dass die Lebenserfahrungen der Menschen die Struktur des Gehirns beeinflussen und somit die psychosozialen Faktoren, das Umfeld der Menschen, einen nicht unerheblichen Anteil daran haben, wie das Gehirn verändert wird.⁴⁴

Bisher wurde immer angenommen, dass psychosoziale Einflüsse nicht die

43 Vgl. Gawrilow 2009 S. 24

44 Vgl. Hüther 2010 S. 25

Ursache von AD(H)S sein können, sondern dass es eine durch genetische Veränderungen ausgelöste Störung sein muss. Es wird eingeräumt, dass ungünstige Erlebnisse in der Schule oder der Familie die Symptome verstärken können, aber keinesfalls der Auslöser sind.⁴⁵

Gerald Hüther hat dazu ganz andere Gedanken: Er geht durch die oben genannten Ergebnisse, dass die Lebenserfahrungen einen Einfluss auf die Struktur des Gehirns haben, davon aus, dass das Gehirn mehr ein Sozialorgan ist, das besonders psychosoziale Kompetenzen ausbildet. Schon die ersten Erfahrungen eines Kleinkindes prägen das Gehirn und haben Einfluss auf seine später entwickelten Einstellungen und Überzeugungen. So prägt sich auch die Gefühlswahrnehmung und -verarbeitung, die wiederum die menschlichen Denkprozesse auf eine bestimmte Weise steuert. Das Gehirn entwickelt mit den gemachten Erfahrungen und der dadurch entstehenden Struktur ein Programm für den Menschen, das sein Verhalten und Denken steuert, jedoch durch neue Erfahrungen immer wieder veränderbar ist. Somit beweist sich der Grundsatz des lebenslangen Lernens, denn die Anlagen selbst haben nicht so viel Bedeutung wie die lebensgeschichtlichen Ereignisse auf das Wesen eines Menschen.⁴⁶ Was also aus unseren Genen wird, die uns gegeben sind, hängt davon ab, wie wir aufwachsen und welchen Anforderungen unser Gehirn unterworfen wird.

Diese Erkenntnisse lassen sich auch durch das Wissen unterstreichen, das sich der Mensch im Laufe seiner Entwicklung angeeignet hat, wie Sprachen, Handwerk, Rituale und Erziehungsstile, die nicht genetisch angelegt sind. Sie werden von Generation zu Generation über Unterrichten und Erziehen weitergegeben. Dieses Wissen wird von jedem, auch abhängig vom Unterrichtenden, womit nicht nur Lehrer gemeint sind, anders aufgenommen und somit im Gehirn anders strukturiert. Das ist auch dafür verantwortlich, dass die Menschen, die dieselbe Sprache sprechen, sie anders benutzen. Einige beherrschen sie sehr gut und können eine große Vielfalt an Worten aufbringen, um sich auszudrücken, andere halten ihre Ausdrucksweise eher einfach und wieder andere haben selbst damit Schwierigkeiten.⁴⁷

Diese unterschiedlichen Lernerfahrungen beginnen nicht erst ab der Geburt,

45 Vgl. Gawrilow 2009 S. 22

46 Vgl. Hüther 2010 S. 25, 26

47 Vgl. Hüther 2010 S. 26, 27

sondern schon im Mutterleib, denn schon dort entwickelt sich aus einer kleinen Eizelle ein Lebewesen, das auch während der Schwangerschaft immer mehr wahrnehmen lernt, was Stress und Lärm oder Geborgenheit bedeutet, da es das alles durch die Mutter spürt. Auch diese sehr frühen Erfahrungen haben Einfluss auf das spätere Verhalten des Kindes.⁴⁸ Jede Belastung, der die Schwangere ausgesetzt ist, hat auch Auswirkungen auf das Kind, das den Stress spürt und so schon früh emotional verunsichert werden kann. Emotionale Sicherheit ist jedoch das wichtigste für dieses wachsende Lebewesen, um das volle emotionale und kognitive Potenzial, das in seinen Genen angelegt ist, auszuschöpfen.⁴⁹

Aus dieser schon früh beginnenden Prägung durch die geteilten Erfahrungen mit der Umwelt ergibt sich die Tatsache, dass durch die wiederholten Aktivierungen bestimmter Verschaltungen im Gehirn, einige Kinder schon neugieriger und empfindlicher zur Welt kommen.⁵⁰

Hüther sieht also den Grund für das Auftreten von AD(H)S-Symptomen in der einseitigen Nutzung des Gehirns. Die Verhaltensweisen der Kinder aktivieren die durch Ersterfahrungen angelegten Verschaltungen immer wieder, sodass das anomale Verhalten weiter verstärkt wird.⁵¹ Da sich dieses Verhalten dann im Gehirn verankert, ist es nur eine Frage der Zeit, bis das Kind auffällig wird. Sie geraten durch ihre Unaufmerksamkeit in psychosoziale Konflikte, die sie emotional unsicher machen. Das Kind versucht ob der Ablehnung der Mitschüler, der Tadelung durch Lehrer und Eltern, sein emotionales Gleichgewicht wiederherzustellen. Das versucht es durch Verhaltensweisen, die aber auch nicht mehr erwünscht sind als die Ablenkbarkeit, nämlich durch Zappeln, Stören oder Träumen und sich taub stellen.⁵²

5.6. Der affekttheoretische Erwerb von Selbstkontrolle im Zusammenhang mit AD(H)S

Der Affekttheorie in Bezug auf Selbstkontrolle wird im Zusammenhang mit AD(H)S

48 Vgl. Hüther 2010 S. 28

49 Vgl. Hüther 2010 S. 31

50 Vgl. Hüther 2010 S. 69

51 Vgl. Hüther 2010 S. 61

52 Vgl. Hüther 2010 S. 69, 70

insofern Bedeutung beigemessen, dass die Kontrolle von Impulsen beziehungsweise Affekten als eines der Symptome von AD(H)S gesehen wird. Fest steht, dass Kinder, ob nun mit oder ohne AD(H)S, erst die Fähigkeit erlernen müssen, ihre Affekte zu regulieren und sich den Anforderungen ihrer Umwelt anzupassen.⁵³

In der Theorie von Rolf Haubl, die ich hier vorstellen möchte, geht es darum, wie die Gesellschaft und das Umfeld eines Menschen seine Entwicklung von Selbstkontrolle beeinflusst.

Affekte sind phylogenetische, nicht veranlagte Eigenschaften, die im Gegensatz zu Reflexen zwar auch unwillkürlich, aber eher emotional gefärbt sind. Diese unbewussten Affekte müssen mittels Sozialisation und Erziehung den gesellschaftlichen Normen angepasst und Zurückhaltung und damit Selbstkontrolle erlernt werden. Nur so kann eine Integration des Individuums stattfinden. Das bedeutet, dass sich die menschliche Natur der Gesellschaft unterwerfen muss. Eine „natürliche“ Anpassung wird nicht für möglich gehalten, da die Triebnatur des Menschen dazu nicht fähig sei. Selbst wenn man wie in der Bindungstheorie davon ausgeht, dass der Mensch ein Bindungsbedürfnis hat, das in seiner Entwicklung angelegt ist, so könnte gesellschaftliche Integration doch nie ohne Konflikte ablaufen. Denn die gesellschaftlichen Gegebenheiten stimmen nie ganz mit den Bedürfnissen des Menschen überein.

Dieser Konflikt kann nur durch die Erlangung von Selbstkontrolle bewältigt werden und dies ist wiederum nur möglich, wenn die Affektregulation zuvor fremdgesteuert wurde, also durch Erziehung und Sozialisation. Dafür sind die Bezugspersonen verantwortlich, die dem Kind sozusagen ein Hilfs-Ich sind und ihnen beibringen sollen, was richtig und angemessen ist. Die Bezugs- und Erziehungspersonen handeln hierbei nach ihren eigenen einmal angeeigneten Emotions- und Erziehungsnormen.

Denn eine Gesellschaft oder Gemeinschaft ist auch immer auf emotionale Weise definiert, sodass es Normen bezüglich der Emotionen und Emotionalität gibt. In Haubls Text legt er zwei Ebenen für die emotionale Definition einer Gesellschaft fest; die Ebene der Emotionalität und die Ebene differenzierter Emotionen. Auf der Ebene der Emotionalität wird definiert, wie hoch das Ausmaß an Rationalisierung

⁵³ Vgl. Haubl 2009 S. 261

beziehungsweise Emotionalität ist, wie emotional man sich also zeigen darf. Die Gesellschaft definiert auch über Höflichkeitsnormen das Verhältnis von Emotion und Kognition, wie sehr Gefühle gezeigt werden dürfen und inwieweit verstandesmäßige Logik und Beherrschung gefordert ist.⁵⁴ Auf der Ebene differenzierter Emotionen bestimmt die Gesellschaft Handlungsnormen, die weitergegeben werden, wie sich also verhalten werden soll, wenn man Freude, Wut, Traurigkeit, Stolz, Ekel oder Scham verspürt. Diese Normen sind die Richtlinien für das Verhalten, das gefordert wird, um in der Gesellschaft integriert zu sein. Die Einhaltung dieser Normen bestätigen die gesellschaftliche Ordnung, Brüche von mehreren Menschen setzen diese Ordnung unter Druck. Werden die Brüche jedoch nur von Einzelpersonen begangen, wird der Druck auf deren Seite erzeugt; eine Anpassung wird erforderlich. Oft scheint es, als müssten die Affekte unterdrückt werden, um anpassungsfähig zu sein, aber das Abschalten von Emotionen soll nicht notwendig sein, um rational zu handeln. Vielmehr betrachtet Haubl die Emotionen als Teil des Verstandes und meint eher, dass Emotionslosigkeit oder -unterdrückung die Fähigkeit, rational zu urteilen und zu entscheiden, stark eingeschränkt wird. Denn bei Entscheidungen werden Handlungsalternativen abgewogen und emotional bewertet. Dieser Vorgang ist unwillkürlich und erfolgt anhand der erlernten und angeborenen Körperempfindungen, die das Denken des Menschen geprägt haben. Ohne die emotionale Bewertung, so Haubl, finden keine geordneten Entscheidungsprozesse statt.⁵⁵ Gerade in Situationen, in denen Handeln verlangt wird, sind die Emotionen oder Affekte dazu da, bestimmte Merkmale der Situation hervorzuheben, sodass eine Entscheidung überhaupt getroffen werden kann. Die Frage ist nun, ob der Anstieg der AD(H)S-Diagnosen etwas mit den veränderten emotionalen Normen der Gesellschaft zu tun hat. Eine geringe Ausprägung von AD(H)S-Symptomen hat für die Mitmenschen eine sympathische Lebendigkeit, doch je stärker die Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität ausgeprägt ist, desto eher werden die Betroffenen abgelehnt. Allerdings wachsen Kinder heute auch in einer Gesellschaft auf, in der der Konsum groß geschrieben wird und durch Werbung emotionalisierte und gesteigerte Bedürfnisse das sind, wovon die Gesellschaft und Wirtschaft lebt. „In

⁵⁴ Vgl. Haubl 2009 S. 262

⁵⁵ Vgl. Haubl 2009 S. 263

einer solchen auf Zerstreuung angelegten Welt sollen sie sich konzentrieren!“⁵⁶ Durch widersprüchliche, schwer zu bestehende Anforderungen werden die Kinder von ihren Affekten überflutet, sodass sie sich nicht mehr regulieren können. Daraus folgt, dass die Kinder schlechter mit Leistungssituationen umgehen können, vor allem, wenn sie versagen oder unterlegen sind. Somit wird der Ärger und die Enttäuschung bei Scheitern viel offener gezeigt und ausgelebt. Es mangelt den Kindern einfach an der notwendigen emotionalen Kompetenz, um ihre Affekte entsprechend zu regulieren. Es ist möglich, dass ihnen diese Fähigkeit nicht in einem genügenden Maß mitgegeben wird und so lernen die Kinder auch nicht, ihre Wut zu regulieren oder ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren.

Sie haben auf der anderen Seite auch Schwierigkeiten, Emotionen bei anderen richtig zu erkennen, denn wenn ein Mensch schon selbst nicht in der Lage ist, seine Emotionen zu ordnen und zu regulieren, ist es umso schwieriger, dass diese Zuordnungen beim Gegenüber gelingen.⁵⁷

5.7. Die gesellschaftlichen Anforderungen an Kinder und AD(H)S

Die geschilderten Probleme mit der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle beeinflussen die Anpassungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Kinder, ganz gleich ob diese Verhaltensweisen eine Störung sind oder nicht.

Dass diese Probleme entstehen, kann aber auch weniger krankhafte Gründe haben. Schließlich werden die Anforderungen an die Kinder heutzutage immer höher, schon im Kindergarten sollen sie lesen, schreiben und sogar Englisch sprechen lernen, obwohl es doch die Schule als Instanz dafür gibt und sie einfach Kind sein könnten. Dieser Leistungsdruck wird noch durch die Werbung der Massenmedien angeheizt und die so geförderten mechanistischen Vorstellungen müssen die Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität als Defizite und Fehler ansehen. Erzieher und Ärzte müssen diese Fehler ausgleichen, da sie als „Dienstleister“ tätig sind.⁵⁸ Um das zu erreichen, müssen die unerwünschten

⁵⁶ Zit. Haubl 2009 S. 263

⁵⁷ Vgl. Gawrilow 2009 S. 27, 28

⁵⁸ Vgl. Hüther 2010 S. 15

Verhaltensweisen aber auch einen Namen haben, der mit einem beruhigenden Medikament behandelt werden kann. Und so wurde zu Ritalin die Störung AD(H)S erfunden.⁵⁹ Die offizielle Anerkennung von AD(H)S als Krankheit konnte es auch durch die Krankenkassen gefördert werden und so ergab sich die Gelegenheit, mit Ritalin viel Geld zu verdienen, denn Medikamentenverschreibungen bringen natürlich mehr ein als Psychotherapie. Außerdem bietet Ritalin die Möglichkeit, mittels kosmetischer Psychopharmakologie die Leistungsfähigkeit der Kinder willkürlich zu beeinflussen.⁶⁰

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass es Statistiken gibt, die den genetischen Defekt, der AD(H)S angeblich auslösen soll, bei 2-5% aller Kinder auf der Welt feststellen. Das würde allerdings bedeuten, dass einige hundert Millionen Kinder mit Psychostimulanzien behandelt werden müssten. Da AD(H)S aber fast ausschließlich in den USA und der EU diagnostiziert wird, ist ein Zweifel an den Diagnosen zwingend notwendig. Es verstärkt außerdem den Hintergedanken, dass nur die Leistung der Kinder beeinflusst werden soll.⁶¹

Ein weiterer Anhaltspunkt für zumindest einen starken Einfluss der gesellschaftlichen Gegebenheiten auf das Aufkommen von AD(H)S ist die Aussage vieler Lehrer, dass ihnen die Kinder allgemein unruhiger vorkommen. Dieses Phänomen wird dem zunehmenden Medienkonsum zugeschrieben, weil er zu viele Reize gibt. Auch bietet die moderne, offene Art des Unterrichts den Kindern zu wenig Struktur, was es den Betroffenen von AD(H)S noch schwerer macht, sich zu konzentrieren.⁶²

Auch sind von AD(H)S häufiger Jungen betroffen als Mädchen, was man mit dem in dieser Zeit immer häufigerem Ausbleiben einer männlichen Bezugsperson beziehungsweise des Vaters zusammenhängen kann, wenn AD(H)S stark von der Umwelt des Kindes beeinflusst ist. Mädchen könnten möglicherweise leichter damit fertig werden, da sie das weibliche Vorbild der Mutter oft noch haben, den Jungen die Mutter aber nicht die Palette adäquater männlicher Verhaltensweisen beibringen kann. Das Alleinerziehen belastet die Mütter oft auch sehr, sodass sie nicht immer ihre Aufmerksamkeit richtig verteilen können, da sie sich zusätzlich zu den Bedürfnissen des Kindes auch meist mit Geldproblemen, Streitereien mit dem

⁵⁹ Vgl. Schmidt 2010 S. 26

⁶⁰ Vgl. Hüther 2010 S. 15

⁶¹ Vgl. Hüther 2010 S. 23

⁶² Vgl. Hüther 2010 S. 53

(Ex-)Mann, scheiternden neuen Partnerschaften und weiterem Nachwuchs auseinandersetzen müssen.⁶³

Dabei bleibt einiges auf der Strecke, beispielsweise die Grenzen, die Eltern nicht setzen oder nicht einhalten können. Das Kind wird dagegen vielfältig von unbekanntem Menschen beeinflusst, zum Beispiel von Schauspielern in Filmen und aus dem Fernsehen. Auch ist der Aufbau der heutigen Ansiedlungen der Menschen nicht sehr zuträglich dafür, Freiräume für die Kinder zu schaffen. Die Straßen sind betoniert, die Wohnungen sind zu eng zum Herumtoben und überall ist der Straßenverkehr, der das Spielen draußen gefährlich macht. „Wie die Kinder werden, hängt nicht von ihren Genen ab, sondern davon, ob und wie gut es uns gelingt, die zur optimalen Entfaltung dieser Anlagen erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen und aufrechtzuerhalten.“⁶⁴ Doch wenn man sich all diese Einflüsse und Gegebenheiten besieht, die das optimale Aufwachsen von Kindern schwer machen, ist doch die Entwicklung, nämlich die Benennung einer allumfassenden Störung, die für die Schwierigkeiten der Kinder steht, in dieser Gesellschaft zu bestehen, nicht weiter verwunderlich.

6. Behandlungsmöglichkeiten

Nun habe ich das allgemeine Wissen über AD(H)S zusammengetragen und einige der Theorien betrachtet, die sich mit der Ursache beschäftigen. Was nun noch fehlt, sind die Wege, die eingeschlagen werden, um die Situation der vielen AD(H)S-Kinder zu verändern und welche Überlegungen bezüglich der Ursache dabei berücksichtigt werden. Dabei werde ich neben der Medikation verschiedene Möglichkeiten betrachten, die Fähigkeiten der Kinder zu schulen ebenso wie Maßnahmen, die die Umwelt des Kindes einbeziehen und solche, denen eher weniger Aufmerksamkeit und Wirksamkeit eingeräumt wird.

6.1. Medikation

⁶³ Vgl. Hüther 2010 S. 53

⁶⁴ Zit. Hüther 2010 S. 27

Das erste, woran viele Menschen denken, wenn sie von AD(H)S hören, sind Medikamente. Die Kinder sind hyperaktiv, ungehorsam und stören ständig und sie bekommen Ritalin oder Strattera um sich kontrollieren zu können und ruhig zu sein. Und auch, wenn viele Betroffene Medikamente bekommen, ist das mit der Medikation doch nicht so einfach, wie man denkt. Wie die gängigen Präparate wirken, welche Nebenwirkungen es gibt und inwieweit Suchtgefahr besteht, will ich in diesem Kapitel näher erläutern. Mein Schwerpunkt wird vor allem auf dem Wirkstoff Methylphenidat (MPH) liegen, der der am meisten verwendete Wirkstoff ist und unter den Handelsnamen Ritalin^(c), Equasym^(c) und Medikinet^(c) angewandt wird.

Das Ziel der Behandlung mit Medikamenten ist eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle des Kindes.⁶⁵ In der Fachwelt gelten Medikamente als wichtige Ergänzung oder sogar Voraussetzung für andere Behandlungen, auch wenn sie nie als alleinige Therapie angewendet werden sollen.⁶⁶ Besonders, wenn die Auffälligkeiten sehr stark oder andere Maßnahmen nicht wirksam sind, soll zu Tabletten gegriffen werden.⁶⁷ Die Dosierung wird individuell ausgetestet und nach Studien profitieren rund 70-90% der Kinder über fünf Jahren von der beruhigenden Wirkung. Doch auch wenn die Symptome sich vermindern, so verbessern Medikamente dennoch nicht die Fähigkeit des Kindes, sich zu kontrollieren und Regeln einzuhalten. Eine Medikation wird jedoch als Mittel gesehen, um das Kind in einen Zustand zu versetzen, in dem es besser dazulernen kann.⁶⁸

Im Gegensatz zu anderen Behandlungsmöglichkeiten haben Medikamente jedoch auch Nebenwirkungen. So kommt es bei vielen Kindern zu einer Verminderung des Appetits, weswegen bei einer medikamentösen Behandlung auch immer das Gewicht im Auge behalten werden soll. Auch eine Steigerung des Blutdrucks, Bauch- oder Kopfschmerzen, Durchschlafstörungen, Weinerlichkeit und sogar eine Wachstumsverzögerung sind möglich.⁶⁹ Häufig verstärken sich auch die Stimmungsschwankungen und den Kindern kann übel werden. Manchmal

65 Vgl. Gawrilow 2009 S. 60

66 Vgl. Döpfner 2011 S. 97

67 Vgl. Döpfner 2011 S. 109

68 Vgl. Döpfner 2011 S. 100, 101

69 Vgl. Döpfner 2011 S. 103, 104

entwickeln sie auch Tics.

Der Nebenwirkungen gibt es also viele und auch die Frage nach der Suchtgefahr ist noch nicht geklärt. Einerseits haben AD(H)S- Betroffene, die medikamentös behandelt werden, sogar weniger häufig Suchtstörungen. Unbehandelte Menschen, vor allem Jugendliche, greifen zu Zigaretten und anderen Drogen, um sich selbst zu behandeln.⁷⁰ Eine körperliche Abhängigkeit von Methylphenidat oder Atomoxetin, dem Wirkstoff von Strattera, ist nicht nachgewiesen, jedoch lernen die Kinder schon von Anfang an, dass sie ihre Probleme durch Tabletten lösen können. Sie greifen zwar weniger zu Drogen und es gibt keine Erhöhung der Dosis aufgrund einer Gewöhnung, aber die AD(H)S-Medikamente werden immer häufiger missbraucht. Sie werden unter den Schülern gehandelt oder die Eltern nehmen sie sogar selbst, um ausdauernder sein zu können.⁷¹ Das fällt wahrscheinlich auch kaum auf, da sich die Verschreibung, besonders von Ritalin, in den letzten Jahren verdreißigfacht hat. Vor allem in den USA gibt es viele Fehldiagnosen und -verschreibungen und der Missbrauch blüht, weil AD(H)S als Behinderung anerkannt und vom Staat gefördert wird. Die Jugendlichen handeln es untereinander als Modedroge und auch in Deutschland wird es auf den Schulhöfen gehandelt.⁷²

Beide Wirkstoffe, sowohl Atomoxetin als auch Methylphenidat, greifen in den Kreislauf eines Neurotransmitters ein und hemmen seine Wiederaufnahme. Atomoxetin wirkt auf den Noradrenalin-Kreislauf, während Methylphenidat auf das dopaminerge System wirkt. Im Gegensatz zu Methylphenidat, dessen Wirkung sich nach einer halben Stunde entfaltet, braucht Atomoxetin ungefähr vier bis sechs Wochen, bis es richtig wirkt.⁷³ Die genaue Wirkung von Methylphenidat, zumindest das, was bekannt ist, möchte ich hier erläutern.

Methylphenidat ist ein Abkömmling der Amphetamine, der auf weite Teile des Zentralnervensystems wirkt, besonders auf Belohnungssystem, das Dopamin ausschüttet. Der Wirkstoff beeinflusst vor allem drei Bereiche des dopaminergen Systems: den präfrontalen Cortex im Stammhirn, der für die Planung von Handlungen, die Motivation, emotionale Reaktionen und die Kontrolle von Impulsen zuständig ist; das limbische System, der positive und belohnende

70 Vgl. Gawrilow 2009 S. 61

71 Vgl. Döpfner 2011 S. 106

72 Vgl. Hüther 2010 S. 13-15

73 Vgl. Gawrolow 2009 S. 62

Gefühl steuert und das hormonelle Steuerzentrum des Gehirns; der Hypothalamus beziehungsweise die Hypophyse.⁷⁴ In diesen Bereichen hemmt Methylphenidat die Wiederaufnahme von Dopamin in die Präsynapse, indem es die Dopamintransporter blockiert und gleichzeitig die Ausschüttung des gespeicherten Dopamins aus der Nervenzelle herbeiführt. So erhöht sich die Konzentration von Dopamin im synaptischen Spalt und außerdem wird die Ausschüttung weiteren Dopamins durch weitere äußere oder innere Reize verhindert. So werden die Reize nicht mehr normal registriert und das Kind ist weniger ablenkbar, kann sich so also besser konzentrieren. Methylphenidat wirkt also ähnlich allen anderen Amphetaminen: es hält wach, macht ruhig und gefasst, schärft die Sinne und verbessert die Aufmerksamkeit und Selbstkontrolle. Würde es nicht durch Tabletten eingenommen, sondern gleich ins Blut gehen, wie das Schnupfen oder die Injektion bei Kokain, würde es auch suchterzeugend wirken. Die Wirkung von Methylphenidat allein beweist allerdings noch kein Vorliegen von AD(H)S, da dieser Stoff auch bei Gesunden wirkt.⁷⁵ Anderenfalls wäre ein Missbrauch kaum so attraktiv.

Warum aber werden Medikamente so häufig bei AD(H)S verschrieben? Gerald Hüther meint dazu, dass die Medikamente eine einfache Lösung bieten, die sowohl Eltern als auch Erzieher und Lehrer beruhigt und entlastet. Die Ärzte können durch die Verschreibung schnelle Hilfe leisten und sicher ist auch der ökonomische Aspekt, dass sich mit einem vergleichsweise billigen Medikament großer Umsatz machen lässt, nicht außer Acht zu lassen.⁷⁶ Doch die Verschreibung von Medikamenten nimmt sowohl den Erwachsenen als auch dem betroffenen Kind einen großen Teil ihrer Eigenverantwortung, was für weitere Maßnahmen Schwierigkeiten bringen kann. Es kann sein, dass sich sowohl für Eltern als auch für Lehrer und Erzieher die Notwendigkeit auflöst, noch etwas anderes zu tun, denn „das Kind hat doch seine Medikamente.“ Und auch das Kind lernt, dass es sich nicht ändern muss, wenn durch die Tabletten alles unkompliziert wird.

Fraglich ist auch, wie hier die Theorie des Dopaminmangels ins Bild passt. Kritische Stimmen bezeichnen die Wirkung von Methylphenidat als widersinnig zu

74 Vgl. Schmidt 2010 S. 192, 193

75 Vgl. Schmidt 2010 S. 193, 194

76 Vgl. Hüther 2010 S. 55

dieser neurobiologischen Theorie. Gerald Hüther beispielsweise denkt über den Dopaminmangel etwas anderes. Er geht davon aus, dass AD(H)S-Kinder, die ja vermehrt auf Reize reagieren und so leicht abzulenken sind, mehr Dopamin ausschütten. Die Dopaminausschüttung wird immer dann aktiviert, wenn etwas Neues, Aufregendes passiert.⁷⁷ In Anbetracht dieser Tatsache ist anzunehmen, dass bei AD(H)S-Betroffenen das dopaminerge System häufiger aktiviert wird als bei anderen Menschen, da sie besonders empfindlich für Reize sind. So ist es logischer, wenn diese Kinder auf mehr Reize reagieren, dass mehr Dopamin vorhanden sein muss, das ausgeschüttet werden kann. Demzufolge bestünde kein Dopaminmangel, sondern das dopaminerge System von AD(H)S-Kindern wäre überentwickelt. Unter dieser Annahme wäre die oben geschilderte Wirkungsweise von Methylphenidat sinnvoll. Wenn das dopaminerge System aber gar nicht überentwickelt ist, denn solche Veränderungen sind nicht nachgewiesen, dann würde das bedeuten, dass die Medikation die Symptome sogar verstärkt und den Dopaminmangel fördert. Das würde am Ende das Risiko für Parkinson erheblich erhöhen.⁷⁸

Gerald Hüther ist der Meinung, dass solche Auffälligkeiten nur durch Lernprozesse zu erfolgreichen Verschaltungen im Gehirn führen und diese durch gute Erfahrungen verankert werden können. Am besten ist es, schon präventiv vorzusorgen und den Kindern genug Freiräume zu bieten und sinnvolle, einhaltbare Grenzen zu setzen.⁷⁹

6.2. Therapien und Trainings zur Schulung der Fähigkeiten des Kindes

Die nächsten Maßnahmen, die neben der Medikation ergriffen werden, sind Möglichkeiten zur Verbesserung der Aufmerksamkeit, Ausdauer und Selbstregulation des Kindes. Dafür gibt es beispielsweise Trainings innerhalb pädagogisch-psychologischer Therapien, Sensorische Integrationstherapie oder Psychomotorik.

⁷⁷ Vgl. Hüther 2010 S. 64

⁷⁸ Vgl. Hüther 2010 S. 74-76

⁷⁹ Vgl. Hüther S. 84-86

Zur Verbesserung der Fähigkeiten des Kindes werden Konzentrationstrainings, Spieltrainings, Selbstregulationstrainings und Gedächtnis- und Lernstrategietrainings angeboten.

Bei einem Konzentrationstraining werden verschiedene Signalkarten verwendet, durch die Schritte zur Lösung einer Aufgabe verdeutlicht werden sollen. Dazu gibt es verschiedene Materialien, die veröffentlicht wurden und diese Übungen, die meist zehn bis fünfzehn Minuten dauern, dienen vor allem dazu, das Arbeitsverhalten der Kinder zu verbessern.⁸⁰ Die Trainings werden über den Zeitraum von vier Wochen durchgeführt und hilft den Kindern, kluge von dummen Gedanken unterscheiden zu lernen und die Aufgaben, die ihnen gestellt werden, richtig zu lösen.

Spieltrainings haben eine ähnliche Zielstellung, werden aber vor allem im Vorschul- oder Einschulungsalter angewandt. Durch die Verbesserung der Ausdauer beim Spielen soll auch die Ausdauer für weniger angenehme Aufgaben gesteigert werden.

Gedächtnis- und Lernstrategietrainings sind noch mehr auf das Verhalten im Unterricht ausgelegt beziehungsweise auf das Erledigen von Schulaufgaben. Dazu sollen Strategien vermittelt werden, die bei der Lösung der Aufgaben helfen, beispielsweise durch kategoriales Clustern, also das Sortieren in verschiedene Einheiten, Listenbildung, Schlüsselworte zum Beispiel zum Merken von Vokabeln und mentale Bilder, die das Abrufen von gelerntem Stoff erleichtern sollen. Den Kindern soll durch diese Strategien bewusst werden, welchen Zweck das Lernen hat, wo die persönlichen Stärken und Schwächen liegen und wie sich die Unterrichtsfächer in ihren Anforderungen unterscheiden. Durch die genannten Techniken wird ebenso Wissen übermittelt, wie Aufgaben schrittweise geplant und gelöst und überprüft werden können, was natürlich auch als allgemeine Strategien zur Zielerreichung abstrahiert und übertragen werden kann.⁸¹

Trainings zur Verbesserung von Selbstregulation und Selbstmanagement sollen die Betroffenen von AD(H)S anleiten, selbst auf ihre Verhaltensprobleme zu achten, zu bemerken, wenn sie wieder unaufmerksam werden und sich selbst zu korrigieren. Innerhalb solcher Trainings soll der Betroffene sich selbst Teilziele auf dem Weg zur Verbesserung seiner Fähigkeiten setzen und selbstständig lernen,

80 Vgl. Gawrilow 2009 S. 54

81 Vgl. Gawrilow 2009 S. 54, 55

angemessenes Verhalten zu entwickeln und sich bei Erfolgen zu bestärken. Dazu wurde zum Beispiel das Therapieprogramm SELBST entwickelt.⁸²

Die Sensorische Integrationstherapie arbeitet mehr mit sinnlicher Wahrnehmung, um das Gehirn angemessen zu strukturieren. Über die Anregung der Tiefenwahrnehmung, des Gleichgewichtssinns und Tastsinns werden Verknüpfungen für komplexe Fertigkeiten wie Schreiben, Stillsitzen oder Radfahren gelegt. Durch Basiserfahrungen wie schaukeln, hüpfen, balancieren oder die Arbeit mit verschiedenen Materialien soll eine Sicherheit mit der eigenen Wahrnehmung und dem Körper gewonnen werden.⁸³

Auch die Psychomotorik setzt auf sinnliche, vor allem Bewegungserfahrungen, um das Körpergefühl zu stärken. Meist werden Landschaften aus verschiedenen Materialien aufgebaut wie Autoreifen, Bretter, Seile, Gurte und Schaumstoff, in denen sich die Kinder in kleinen Gruppen austoben können. Neben der Möglichkeit, sich körperlich einmal auszulasten, werden dem Gehirn durch diese Erfahrungen auch wichtige Reize gegeben, um sich normal zu strukturieren.⁸⁴

Diese Maßnahmen sind zur Stärkung eines ausdauernden Arbeitsverhaltens, der Selbstwahrnehmung und der Regulierung der eigenen Impulse zwar nützlich und verbessern auf Dauer wahrscheinlich stückweise die soziale Position des Kindes. Das passiert jedoch nur durch das Erlernen erwünschten Verhaltens, das erreicht wird. Aber die Spuren, die die vorangegangenen psychosozialen Konflikte bereits hinterlassen haben, werden dort nicht berücksichtigt, ebenso wenig wie das Verhalten der Eltern und Lehrer.

6.3. Umwelteinbeziehende Maßnahmen und Therapien

Neben den Trainings, die sich vor allem auf die Lern- und Arbeitsschwierigkeiten

82 Vgl. Döpfner 2008 S. 777

83 Vgl. Ettrich 2003 S. 26, 27

84 Vgl. Ettrich 2003 S. 28

der Kinder konzentrieren, gibt es auch Beratungs- und Therapiemöglichkeiten, bei denen sowohl Eltern als auch Lehrer mit einbezogen werden können und sollen. Hier eingehen möchte ich auf die Psychoedukation oder Beratung, die Verhaltenstherapie, Familientherapie und das Elterntaining, da dies die als am effektivsten bewerteten Maßnahmen sind.

Der erste Schritt bei oder besser noch vor einer Diagnose von AD(H)S ist eine Beratung der Eltern, Lehrer und natürlich des Kindes. Darin enthalten sein sollen Informationen über das Störungsbild, als das es klassifiziert ist, die Behandlungsmöglichkeiten und auch die Diagnoserichtlinien. Mit Eltern und Lehrern sollen Umgangsstrategien mit dem Verhalten des Kindes besprochen werden. Dabei werden möglicherweise auch andere Belastungen der Familie deutlich.⁸⁵ Von einer Beratungsstelle beziehungsweise einem Kinderarzt oder Therapeuten sollte auf die Möglichkeit und vielleicht Notwendigkeit, weitere Helfer einzubeziehen, hinweisen.

Elterntainings werden auch empfohlen, damit Eltern die Alltagssituationen, vor allem die Hausaufgaben, besser zu meistern lernen. Dazu bietet sich der Austausch in Selbsthilfegruppen ebenso an wie verschiedene entwickelte Trainingsprogramme. Beispiele wären das Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger Kinder und Jugendlicher (KES) oder das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), das im Elternbuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ von Manfred Döpfner veröffentlicht wurde. Letzteres wird auch von Eltern als Selbsthilfeprogramm verwendet. Die Erfolge sind durch einige Studien belegt.⁸⁶

Die Verhaltenstherapie ist eine umfassende Therapiemöglichkeit, die sowohl Interventionen mit dem Kind als auch mit Eltern und der Schule umfassen soll. Für die Kinder werden beispielsweise die oben genannten Trainings durchgeführt und mit den Eltern Strategien erarbeitet, die neu erlernten Fähigkeiten im Alltag umzusetzen und zu stärken. Das geschieht unter anderem durch Punkte-Pläne. Auch in der Schule sind ähnliche Verstärker-Systeme anwendbar. Auch solche

⁸⁵ Vgl. Döpfner 2008 S. 776

⁸⁶ Vgl. Gawrilow 2009 S. 51

Systeme hat das Therapieprogramm THOP entwickelt.⁸⁷

Im Endeffekt wird aber bis auf diese Verstärker-Systeme, wenig genannt, was mit Einbeziehung der Umwelt in der Verhaltenstherapie wichtig scheint. Die psychosozialen Probleme eines übermäßig aktiven und unaufmerksamen Kindes werden jedoch (wie oben zu lesen) viel zu groß, als dass das allein ausreichen könnte. Denn auch hier scheint es, als würden nur die Symptome des Kindes bearbeitet und versucht, für die Erwachsenen erwünschtes Verhalten herbeizuführen.

Die Familientherapie legt da andere Schwerpunkte. Denn in der Familientherapie werden die Probleme eines Familienmitglieds eher im Kontext der ganzen Familie betrachtet. Nur in dieser Perspektive sollen die Verhaltensweisen verständlich und behandelbar sein.⁸⁸ Es wird davon ausgegangen, dass das Problemverhalten eines Kindes für Schwierigkeiten innerhalb der Familie steht und dass diese Verhaltensweisen aufgrund eigentlich psychologischer Probleme bestehen. Das familiäre Umfeld eines Kindes beeinflusst dessen Verhalten viel mehr, als es durch Lerntrainings oder Verhaltenstherapie berücksichtigt wird. Schwierigkeiten können in einem positiven familiären Umfeld ebenso gut kompensiert werden wie eine belastete Familie problematisches Verhalten beim Kind hervorrufen kann. Die Problematik AD(H)S kann laut Hans-Reinhard Schmidt nur durch eine systemische Familientherapie bearbeitet werden. Es ist wichtig, dass kindzentrierte Maßnahmen integriert und alle Beteiligten einbezogen werden. Neben der Familie ist also auch die Kooperation des Familientherapeuten mit dem Kinderarzt, dem Therapeuten des Kindes und den wichtigen Lehrern oder Erziehern Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Besonders das Einspannen der Väter, gerade bei geschiedenen Eltern ist von Bedeutung und auch die Geschwister spielen eine Rolle.⁸⁹

Es darf, wie in vielen der anderen oben genannten Maßnahmen, nicht vor allem auf das betroffene AD(H)S-Kind geschaut werden, sodass die Eltern sich der Verantwortung entziehen können. Diese Entlastung geschieht ja schon mit der Verschreibung von Medikamenten, die den Eltern zeigen, dass sie schon alles

⁸⁷ Vgl. Gawrilow 2009 S. 59,60

⁸⁸ Vgl. Schmidt 2010 S. 108

⁸⁹ Vgl. Schmidt 2010 S. 108, 109

versucht haben und ihnen so weiter die Verantwortung nehmen. Es fällt ihnen dann leichter, die Schuldzuweisungen der Lehrer und Erzieher zurückzuweisen, weil sie ja eigentlich nichts falsch gemacht haben. Schließlich ist das Kind „krank“.90

Gerald Hüther ist der Meinung, dass eine Therapie nur wirksam sein kann, wenn der Therapeut Eltern und Kind dazu motivieren kann, anders zu reagieren als üblich, damit sich das Gehirn des Kindes durch das Lernen neuer Verhaltensweisen umstrukturieren und das Umfeld sich angemessen verändern kann. Auch Freunde und andere Bezugspersonen gehören dazu, sowohl solche Personen, die dem Kind guttun, als auch solche, die eine destabilisierende Wirkung auf den Betroffenen haben.91 So kann sich auch die Erziehungsweise der Eltern verändern, damit dem Kind unter optimalen Bedingungen weiter aufwachsen kann. Die Eltern müssen, mithilfe des Therapeuten und anderer helfender Personen lernen, dass „ein Kind braucht [...], dass Eltern ganz und gar da sind, dass sie sich ihm voll und ganz, also emotional, geistig und körperlich zuwenden, wenn es verunsichert ist und Angst hat, das können diese Eltern ihren Kindern nicht oder zumindest nicht dann schenken, wenn diese es besonders dringend brauchen.“92

Bei all dem darf aber auch die Schule nicht vergessen werden, denn die Lehrer sind oft die ersten Ansprechpartner, da die Probleme mit Schuleintritt oft erstmals verstärkt auftreten. Die Lehrer begleiten in der Schulzeit auch zu einem großen Teil den Entwicklungs- und Lernprozess der Kinder und sie nehmen die Probleme oft als Erste wahr, da die Schule eine ungekannt beanspruchende Situation für die Kinder ist. Das problematische Verhalten hat außerdem Einfluss auf existenziell wichtige Lebensbereiche der Kinder, nämlich den Schulabschluss und die spätere berufliche Zukunft, weswegen die Verantwortlichkeit der Unterrichtenden nicht gerade klein ist. Eine Unterstützung ihrerseits ist zwingend notwendig.93

90 Vgl. Schmidt 2010 S. 110

91 Vgl. Hüther 2010 S. 82

92 Zit. Hüther 2010 S. 42

93 Vgl. Ulbricht 2005 S. 18, 19

6.4. Weitere Maßnahmen

Neben den genannten gibt es natürlich auch noch eine Zahl anderer Maßnahmen, die die Fertigkeiten des Kindes zu verbessern. Inwiefern diese speziell für die AD(H)S-Symptomatik wirksam sind, ist nicht erwiesen. Es gibt einzelne Effekte bezüglich der Ausdauer beim Arbeiten oder verbesserter einzelner Fähigkeiten.

Häufig angewandt wird die Ergotherapie, um die motorischen Leistungen des Kindes zu verbessern. Die Übungen schulen die Fingerfertigkeit bei täglichen Handgriffen wie Schuhe binden, Knöpfe schließen und mit der Schere schneiden. Dieses Training der motorischen Fähigkeiten ist neben der besseren Koordination der Finger auch zuträglich für das Selbstbewusstsein des Kindes.⁹⁴

Ebenso verhält es sich mit der Logopädie, die die sprachlichen Fähigkeiten schult und so nicht nur schulische Aufgaben besser zu meistern sein können, sondern auch etwas für den Selbstwert des Kindes tun können.

Eine weitere selbstwertverbessernde Therapieform, bei der das Kind mehr Sicherheit gewinnen kann, allerdings auch unabhängig von der AD(H)S-Diagnostik, ist die Reit- oder tiergestützte Therapie.⁹⁵

Nicht in Studien eindeutig erwiesen ist die Wirksamkeit von homöopathischen Mitteln. Einerseits ergeben manche Studien, dass sie nur wie ein Placebo wirken, andere stellen eine wirkliche Verbesserung fest. Diese Uneindeutigkeit lässt auf fehlerhafte Studien schließen.⁹⁶ Verwendet werden sogenannte „Konstitutionsmittel“, die den Organismus wieder mehr ins Gleichgewicht bringen und Aufmerksamkeit und Aktivität normalisieren sollen. Es werden mehrere Gespräche geführt, um das richtige Mittel herauszufiltern, aber diese Methode wird von der Schulmedizin sehr kritisch betrachtet. Einige sehen es als Ergänzungsmöglichkeit zu anderen Maßnahmen.⁹⁷

Ein letztes ungeprüftes Verfahren, das ich kurz erwähnen möchte, ist die Anwendung des Neuro- oder Biofeedback. Dabei sollen durch verschiedene dem Lerntraining ähnliche Übungsmethoden Erfahrungswerte geschaffen werden, die die Hirnfunktionen positiv beeinflussen und umstrukturieren. Das soll zu einer

94 Vgl. Ettrich 2003 S. 30

95 Vgl. Ettrich 2003 S. 31

96 Vgl. Schmidt 2010 S. 110, 111

97 Vgl. Ettrich 2003 S. 30

Steigerung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung führen.⁹⁸

7. Schlusswort

Am Ende dieser Arbeit habe ich eine große Menge an allgemeinem Wissen zusammengestellt, das von immer mehr Stimmen als zu grob gefasst und auf Behauptung basierend bezeichnet wird. Die Symptome sind anhand von Verhaltenskatalogen charakterisiert, von denen nur eine bestimmte Anzahl der Merkmale zutreffen muss. Insgesamt gibt es nicht wirklich viel, an denen eine Diagnose festgemacht werden kann, ohne alle anderen Möglichkeiten, bei denen ähnliche oder gleiche Symptome auftreten, ausschließen zu können.

Um die Ursachen gibt es zahlreiche Spekulationen, wobei die Theorien, die sich auf genetische Ursachen berufen, recht schnell durch mangelnde Beweise außer Kraft gesetzt werden können. Überhaupt kann kaum etwas von dem, was als Ursache proklamiert wird, nachgewiesen werden. Somit ist sowohl ein eindeutiges Symptombild als auch die genaue Ursache von AD(H)S unklar.

Viel wahrscheinlicher scheint dagegen die Erklärung, dass der Leistungsdruck in den Schulen und die oft zerrissenen und zerstrittenen Familien die Kinder so sehr belasten, dass sie problematisches Verhalten entwickeln. Oder dass die Kinder durch den zunehmenden Medienkonsum und die Schnelllebigkeit unserer Gesellschaft unruhig werden.

Doch unabhängig davon, ob AD(H)S eine Krankheit ist, die eine neuronale und/oder genetische Ursache hat, ob sie entwicklungspsychologisch bedingt ist oder ob die Kinder aufgrund der Gegebenheiten, unter denen sie aufwachsen, einfach nicht mehr anders können, weil diese Umstände ein Teil unserer heutigen Gesellschaft sind, macht für die Behandlung kaum einen Unterschied. Die Medikation wäre, wenn AD(H)S keine Krankheit ist, absolut sinnlos und vielleicht sogar schädlich.

Aber eine Therapie und Maßnahmen, die das Kind stärken und dem Umfeld die problematischen Umstände bewusst machen, unter denen es aufwächst, ist in

⁹⁸ Vgl. Schmidt 2010 S. 111

jedem Fall nützlich für das gegenseitige Verständnis von Kind und Erwachsenen. So kann das Kind lernen, seine Wünsche adäquat auszudrücken und die Eltern lernen, was das Kind braucht und es richtig unterstützen und erziehen.

Bei diesen Aufgaben kann die soziale Arbeit gut unterstützend tätig sein. Dafür bieten sich vielfältige Ansatzpunkte, beispielsweise in der sozialpädagogischen Familienhilfe, der Erziehungsberatung oder der Schulsozialarbeit. Sozialarbeiter können dazu beitragen, die Eltern über die vielen, nicht bewiesenen Theorien über AD(H)S aufzuklären und das Verständnis für die Situation ihrer Kinder zu stärken. Auch in der Schule kann durch Sozialarbeiter Aufklärungsarbeit geleistet werden, wenn das vonnöten ist, denn auch den Lehrern muss bewusst werden, dass die Kinder nicht zwingend krank und schon gar nicht unbedingt mit Medikamenten zu behandeln sind. Als Familienhilfe können schwierige Alltagssituationen geklärt werden, ohne dass gleich von einer Störung und Medikation die Rede sein muss. Die Stärkung des gegenseitigen Verständnisses und dem Bewusstmachen der aktuellen Kenntnisse über AD(H)S und der Anforderungen unserer Gesellschaft ist eine Aufgabe, die sicherlich nicht nur von der sozialen Arbeit geleistet werden kann, aber unbedingt auch von ihr geleistet werden sollte. Denn nur weil es AD(H)S heißt, muss es nicht bei jedem eine Störung sein, die medikamentös behandelt werden muss.

So möchte ich die Arbeit auch mit einem passenden Zitat von Gerald Hüther an alle Eltern, Lehrer, Erzieher und andere Pädagogen beenden: „Ein Kind liebevoll zu motivieren, sich immer neuen Herausforderungen zu stellen und ihm auch immer wieder neue Aufgaben zu geben, an denen es sich entwickeln kann, stellt höchste emotionale und intellektuelle Anforderungen an die Erziehenden. Kindererziehung als Neben- oder Feierabendbeschäftigung kann deshalb kaum je erfolgreich gelingen.“

8. Quellenverzeichnis

Buchquellen

Wackelpeter und Trotzkopf. Prof. Dr. Manfred Döpfner, Dipl. Psych. Stephanie Schürmann, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, 4. Auflage Beltz-Verlag, Weinheim, Basel 2011

ADHS. Prof. Dr. Caterina Gawrilow, Ernst Reinhardt GmbH & Co-KG Verlag, München 2009

Ratgeber ADHS. Prof. Dr. sc. hum. Dipl.- Psych. Manfred Döpfner, PD Dr. med. Dr. päd. Jan Frölich, Dr. rer. medic. Dipl.- Psych. Tanja Wolff Metternich, 2. Auflage Hogrefe Verlag GmbH & CoKG, Göttingen 2007

Ich lerne wie ein Zombie. Plädoyer für das Abschaffen von ADHS. Hans-Reinhard Schmidt, Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg 2010

Sozialpädiatrie aktuell Band 2: Unaufmerksam und hyperaktiv. Wissen und Praxis zu ADHD. Hrsg. H. v. Voss, Verlag Kirchheim & Co GmbH, Mainz 2002

Neues vom Zappelphilipp. Gerald Hüther, Helmut Bonney, 11. Auflage Walter Verlag, Mannheim 2010

ADS- so fördern Sie Ihr Kind. Prof. Dr. med. Christine Ettrich, Monika Murphy-Witt, Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München 2003

Zeitschriftenquellen

Behandlungsrelevante Diagnostik von ADHS. Ergebnisse einer klinisch-empirischen Studie. Brigitte Sindelar, Karl Ableidinger in: pädiatrie & pädologie Volume 46 Nr. 4/2011 S. 22-27, Springer Verlag

ADHS- Fortbildung für Lehrer. Mehr Verständnis für das psychiatrische Störungsbild im schulischen Alltag. H. Ulbricht in: Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 153 Nr. 1/2005 S. 18-20, Springer Medizin Verlag

Medikamentierte Wut. Wie Jungen mit einer AD(H)S um Selbstkontrolle ringen. Rolf Haubl in: Forum der Psychoanalyse, Volume 25 Nr. 3/2009 S. 255-268, Springer Verlag

ADHS und Psychotherapie. M. Döpfner in: Monatsschrift Kinderheilkunde Volume 156 Nr 8/2008 S. 776-780, Springer Medizin Verlag

Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). R. Schlack, H. Hölling, B.-U. Kurth, M. Huss in: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz Volume 50 Nr. 5-6/2007 S. 827-835, Springer Medizin Verlag

Zukünftige Schwerpunkte bei ADHS: Vorschulkinder und klinische Netzwerke. A. Rothenberger, K.-J. Neumärkter in: Wissenschaft der ADHS S. 55-64, 2005

Internetquellen

ICD- 10- WHO- Ausgabe Version 1.3. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf90.htm+>, 13.5. 2012 11:12 Uhr

Bundesärztekammer: Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' – Langfassung- 1. Definition und Klassifikation.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3164>, 13.5. 2012 11:15 Uhr

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Maria Jendrzejski, an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur angefertigt habe. Alle Stellen, die sowohl wörtlich als auch sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit ist weder in gleicher noch in ähnlicher Form bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht worden.

Neubrandenburg, 11. 6. 2012

Unterschrift