



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang: Early Education - Bildung und Erziehung im
Kindesalter

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts
(B.A.)

**AD(H)S- Ist es eine „Krankheit“ oder wird es mehr und
mehr zur Modeerscheinung?**

Name: Nicole Pirlich

Erstprüferin: Prof. Dr. Anke S. Kampmeier

Zweitprüferin: Prof. Dr. Heike Weinbach

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2013-0019-2

11.07.2013



INHALTSVERZEICHNIS

<u>1.</u>	<u>EINLEITUNG.....</u>	<u>1</u>
<u>2.</u>	<u>GRUNDLAGEN VON AD(H)S.....</u>	<u>3</u>
2.1	DEFINITION VON AD(H)S.....	3
2.2	URSACHEN UND EINFLUSSFAKTOREN.....	6
2.3	ERKLÄRUNGSKONZEPTE.....	11
<u>3.</u>	<u>LEITFADENINTERVIEW- WIE STEHEN VERSCHIEDENE MENSCHEN ZU DEM THEMA AD(H)S?</u>	<u>15</u>
3.1	WARUM LEITFADENINTERVIEW UND WELCHE AUSWERTUNGSMETHODE?	15
3.2	BEGRIFFSKLÄRUNG HALTUNG.....	20
3.3	INTERVIEWAUSWERTUNG.....	21
<u>4.</u>	<u>FAZIT.....</u>	<u>31</u>
<u>5.</u>	<u>QUELLENVERZEICHNIS.....</u>	<u>42</u>
<u>6.</u>	<u>ANHANG.....</u>	<u>44</u>
6.1	INTERVIEW MIT EINER ERZIEHERIN/ LEITERIN EINER KITA.....	44
6.2	INTERVIEW MIT EINEM AUSZUBILDENDEN ZUM WERKZEUGMECHANIKER	54
6.3	INTERVIEW MIT DEM VORSITZENENDEM DER ADHS-SELBSTHILFEGRUPPE NEUBRANDENBURG	57
<u>7.</u>	<u>EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....</u>	<u>65</u>

1. EINLEITUNG

AD(H)S wird ein immer wichtigeres Thema in unserer Gesellschaft, doch leider beschäftigt sich kaum einer intensiv damit. Die Masse hat schon mal etwas darüber gehört: „Das sind doch die, die immer so zappelig sind und nur stören“. Dieser Ausspruch oder Beschreibungen wie laut, störend, aggressiv, nicht still sitzen können, impulsiv, zerstreut, unaufmerksam usw. werden als Eigenschaften eines AD(H)S-lers gesehen.

Aber AD(H)S zu haben bedeutet viel mehr, als sich viele vorstellen können. Betroffene sind nicht immer hyperaktiv; es gibt auch das genaue Gegenteil, die „Träumerchen“. Das „Träumerchen“ lässt sich schnell ablenken, versinkt in seine eigene Welt und passt dann z.B. nicht mehr auf, was der Lehrer vorne an der Tafel sagt. Es ist also auch nicht gut, wenn Kinder nur still und ruhig sind. Viele Menschen sehen nur das Negative in der Störung. Dabei sind Menschen mit AD(H)S auch spontan, kreativ, fantasievoll, hilfsbereit, flexibel etc. Ziel meiner Bachelorarbeit ist es zu ermitteln, wie verschiedene Gruppen das Thema AD(H)S sehen - als „Krankheit“ oder mehr als Modeerscheinung? Obwohl ich sehr wohl weiß, dass AD(H)S keine Krankheit, sondern eine Störung ist, habe ich mich dennoch für diese Begrifflichkeit entschieden, da meiner Meinung nach kaum jemand in der Gesellschaft weiß, was AD(H)S genau ist. Viele denken wahrscheinlich, dass es eine Krankheit ist, und damit jeder versteht was ich mit meinem Titel meine, habe ich mich für diesen Begriff entschieden.

Aber warum genau habe ich mich für dieses Thema entschieden? Es fing alles mit einer Vorlesung bei Frau Prof. Dr. Kampmeier an. Sie hatte Fred Freese, den Vorsitzenden der AD(H)S-Selbsthilfegruppe von Neubrandenburg, eingeladen, damit dieser uns mehr zu dem Thema berichten konnte. Am Ende seines Vortrages hat er Flyer von seinem AD(H)S-Ferienlager verteilt, für welches er noch Betreuer/innen gesucht hat. Weil ich das Thema so spannend fand und vorher noch nie mit AD(H)S-lern in Berührung gekommen bin, wollte ich unbedingt in dieses Ferienlager. So konnte ich mir ein eigenes Bild von

Betroffenen machen und muss sagen, dass sich die ganzen Vorurteile in meinen Augen kaum bewahrheitet haben. Ich habe diese Kinder genauso wahrgenommen wie solche, die nicht von AD(H)S betroffen sind. Aber natürlich merkt man die Unterschiede zwischen Betroffenen Kindern und Kindern ohne AD(H)S, z.B. bei der Konzentration.

Ein weiterer Punkt, warum ich mich für dieses Thema entschieden habe, ist eine „Diagnose“, die wahrscheinlich keine war, die bei dem Sohn einer Bekannten gestellt wurde. Der Junge geht in die erste Klasse, und die Schulsozialarbeiterin stellte bei ihm AD(H)S fest, indem sie ihn nach den Monaten fragte. Er konnte natürlich nicht antworten, da er das noch nicht in der Schule hatte und seine Mutter das auch noch nicht mit ihm geübt hatte. Daraufhin wurde ihm AD(H)S unterstellt, obwohl er kaum Anzeichen dafür zeigte. Diese Geschichte hat mit den letzten Stups zu meiner Bachelorarbeit gegeben und mich ein genaues Thema finden lassen.

Im nachfolgenden Text werden Sie erst ein paar Grundlagen zu dem Thema AD(H)S finden wie Definition, Ursachen, Einflussfaktoren und einige Erklärungskonzepte. Danach werde ich zu dem empirischen Teil kommen, der aus drei verschiedenen Leitfadeninterviews besteht, welche ich miteinander vergleiche. Ich habe mich deshalb für diese Gliederung so entschieden, weil ich möchte, dass verschiedene Leser, die diese Bachelorarbeit lesen, auch verstehen worüber ich genau schreibe. Sie sollen erst einen Einblick in das Thema AD(H)S bekommen, um dann die Interviews besser verstehen zu können und sich selbst eine Meinung von dem Thema zu bilden.

Am Ende dieser Arbeit befinden sich meine Quellen.

2. GRUNDLAGEN VON AD(H)S

2.1 DEFINITION VON AD(H)S

Was genau bedeutet eigentlich AD(H)S? Im Volksmund sind die Abkürzungen ADS und ADHS eher als „Zappelphilipp-Syndrom“ bekannt, aber die fachlichen Bezeichnungen sind zum einen ADS= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und zum anderen ADHS= Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität. Es sind keine Krankheiten, wie viele Menschen der Bevölkerung vermuten - sie werden laut ICD 10 (vgl. www.icd-code.de) in die Kategorie „Störungen“ eingegliedert. Dort wird beschrieben, dass diese Störungen meist in den ersten fünf Lebensjahren auftreten. Betroffene Kinder zeigen häufig einen Mangel in der Ausdauer bei Beschäftigungen, d.h. sie wechseln sehr oft Tätigkeiten wie Spiele oder an sie gestellte Aufgaben, ohne diese vorher zu beenden. Weiterhin sind sie impulsiv, sehr aktiv, unachtsam usw. (vgl. www.icd-code.de). Früher dachte man, dass sich ADS und ADHS im Erwachsenenalter herauswachsen würde, aber heute weiß man, dass dies nicht der Fall ist. Zwar sind die Symptome nicht mehr ganz so stark ausgeprägt wie im Kindesalter, dennoch ist das AD(H)S weiter noch vorhanden - die Betroffenen lernen einfach im Laufe ihres Lebens damit umzugehen (vgl. Neuy-Bartmann 2012). Manchmal rücken für das AD(H)S andere Symptome in den Vordergrund, wie Depressionen, verschiedene Suchtverhalten, Ängste etc. und die unvermeidliche Unruhe zeigt sich nicht mehr offensichtlich, sondern eher diskret durch Fingertrommeln, Zähneknirschen oder Fußwippen (vgl. Neuy-Bartmann 2012). Aber ab wann genau spricht man davon, dass ein Kind ADS oder ADHS hat? Meist zeigen betroffene Kinder in Kindergarten, Schule oder aber auch zu Hause über einen längeren Zeitraum (ca. sechs Monate) ein unaufmerksames und impulsives Verhalten, was meist mit ADS diagnostiziert wird. Wenn dann ein übermäßiger Bewegungsdrang und motorische Unruhe dazukommen, wird von der Sonderform vom ADS gesprochen, dem ADHS (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Wichtig ist es nun, dass man nicht alle Kinder, die etwas lebendiger sind in die „AD(H)S-Schublade“

steckt. Es gibt wichtige Faktoren die man dabei noch beachten sollte:
Erstens: Weichen die Verhaltensweisen des Kindes offensichtlich von dem altersgemäßen und dem Entwicklungsstand ab? Und zweitens: Ist das auffällige Verhalten des Kindes zeitlich konstant bzw. stabil (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de)? Wenn man diese Fragen mit einem klaren Ja beantworten kann, sollte man sein Kind auf AD(H)S diagnostizieren lassen, um sicher zu gehen, ob es diese Störung hat oder nicht.

ADS und ADHS sind nicht ein- und dasselbe, es gibt gewisse Unterschiede, die ich Ihnen hiermit aufzeigen möchte. Es werden meist nur Jungs mit den Störungen diagnostiziert, wobei es sich dann eher um ADHS handelt. ADS (Aufmerksamkeitsdefizit ohne Hyperaktivität) wird durch Unaufmerksamkeit, Impulsivität und eher einer Aktivitätsminderung charakterisiert. Oft können sich diese Kinder, häufig Mädchen, nicht altersgemäß und lange auf etwas konzentrieren, daher bringen sie kaum ein Spiel zu Ende, lassen Sachen liegen, sind träumerisch, vergessen schnell etwas oder haben ein langsames Arbeitstempo (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Diese Form wird auch als „Träumerchen“ bezeichnet (vgl. Neuhaus 2012). Zwar haben sie eher Charaktereigenschaften wie schnelles Weinen, schnelles beleidigt sein oder in Panik geraten, zeigen kaum oder gar keine Reaktionen auf eine unerwartete Ansprache, haben Probleme sofort flüssig auf Fragen zu antworten, sind langsam (trödeln), vergessen schnell, was sie sagen wollten, wenn jemand anderes vor ihnen antwortet etc. (vgl. Neuhaus 2012) - also das ganze Gegenteil von einem ADHS-ler. Dennoch können auch ADS-Betroffene Wutanfälle bekommen und Stimmungsschwankungen haben (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Im Gegensatz zum „ruhigen“ ADS-Kind gibt es auch Kinder mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit mit Hyperaktivität). Oft werden Betroffene mit ADHS als hyperaktiv, zerstreut, aggressiv, impulsiv, unaufmerksam, unberechenbar, störrisch, zapplig etc. beschrieben (vgl. Freese 2013). Sie haben oft lang anhaltende Trotzphasen und

Wutanfälle, wenn etwas geschieht, was sie nicht verstehen oder wenn sie eine Tätigkeit abrupt abbrechen sollen. Des Weiteren haben sie kaum Ausdauer im Gruppen- oder Einzelspiel (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Das Verhalten der Betroffenen ist unvorhersehbar und äußert sich oft in aggressivem Verhalten, und auch das Sozialverhalten kann sich im Laufe der Zeit auffällig entwickeln (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Oft ist es so, dass ADHS-ler aufgrund ihres teilweise aggressivem Verhaltens von den anderen Kindern, beispielsweise im Kindergarten, isoliert werden und sich kaum Freundschaften öffnen. In der Schule kommt es oft zu Schwierigkeiten, da die Anforderungen an die Kinder höher sind (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). Da die betroffenen Kinder kaum Ausdauer haben, können sie dem Unterricht nicht lange folgen und fangen dann an den Unterricht zu stören, was wiederum die Mitschüler und Lehrer stört und verärgert - es sei denn es ist ein Thema, welches das ADHS-Kind interessiert, denn dann kann es sich auch über einem längeren Zeitraum hinweg konzentrieren (vgl. www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de). ADHS ist außerdem von drei Kernsymptomen gekennzeichnet: 1. dem Aufmerksamkeitsdefizit, 2. der Impulsivität und 3. der Hyperaktivität. Diese können vereinzelt oder auch als Mischform auftreten (vgl. Freese 2013). Das Aufmerksamkeitsdefizit ist davon gekennzeichnet, dass die Kinder leicht abzulenken sind, nicht zuzuhören scheinen, Details übersehen oder einfache Dinge einfach vergessen. Sie können ihre Aufmerksamkeit nicht lange auf etwas fokussieren und haben kaum bis gar keine Ausdauer, an sie gestellte Aufgaben zu erledigen (vgl. Freese 2013). Im Gegenzug dazu können Kinder mit Impulsivität nicht abwarten bis sie dran sind, sprechen dazwischen, sind unordentlich, schnell frustriert, handeln unüberlegt, haben starke Stimmungsschwankungen, reagieren übermäßig und fühlen sich schnell von anderen provoziert (vgl. Freese 2013). Das Kernsymptom der Hyperaktivität zeichnet sich bei den Betroffenen schlussendlich so ab, dass diese sehr zappelig sind und einen großen Bewegungsdrang haben;

daher können Kinder mit ADHS meist auch nicht lange still sitzen, z.B. in der Schule (vgl. Freese 2013).

Alles in Allem kann man sagen, dass AD(H)S eine Verhaltensstörung ist. Sie kann in verschiedenen Formen auftreten. Der hyperaktive Typ ist am bekanntesten, da er auch am auffälligsten ist, weil diese Betroffenen sehr impulsiv, zapplig, hibbelig, etc. sind. In den meisten Fällen sind die Jungen davon betroffen. Im Gegensatz dazu gibt es noch das „Träumerchen“, wovon eher die Mädchen betroffen sind. Diese Kinder sind sehr verträumt und können schon mal da sitzen und mit offenen Augen wegschlafen. Aber auch das „Träumerchen“ kann impulsiv werden und auch mal einen Wutanfall bekommen. Beide Typen können sich nicht lange konzentrieren und aufmerksam sein.

2.2 URSACHEN UND EINFLUSSFAKTOREN

Nun ist aber die Frage, was für Ursachen hat ADHS? Warum entsteht es eigentlich? Es gibt verschiedene Ursachen und Einflüsse, die dafür verantwortlich sind, dass es zu der Störung AD(H)S kommt. Es gibt genetische, neuroanatomische und neurochemische Ursachen, hinzu kommen prä- und perinatale wie auch psychosoziale Einflüsse (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006).

Es wurden viele Studien durchgeführt um die Ursachen für AD(H)S herauszufinden. Laut der Studie von Biedermann (1995) liegt die Wahrscheinlichkeit bei 50%, dass die Eltern von Kindern mit AD(H)S auch davon betroffen sind (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). In den darauffolgenden Jahren 1996, 1998 und 1999 führten Hechtmann, Tannock und Thapar Zwillingsstudien sowie Untersuchungen an adoptierten Kindern durch. Dabei fand man heraus, dass bei 50% der Kinder die genetischen Faktoren eine bedeutende Rolle spielen (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). In den Adoptionsstudien hat man die Ähnlichkeit zwischen den biologischen Eltern und ihren wegadoptierten Kindern betrachtet; da die Kinder in einer anderen Umwelt aufwuchsen, konnte hier der genaue Einfluss der Gene untersucht werden (vgl.

www.uni-bielefeld.de). Des Weiteren hat man die Ähnlichkeit zwischen den Adoptiveltern und ihren Adoptivkindern untersucht, um auch den Einfluss der Umwelt zu erforschen (vgl. www.uni-bielefeld.de). Auf der anderen Seite hat man untersucht, inwieweit Zwillinge im gleichen Maße von AD(H)S betroffen sind, wenn die Eltern solche Symptome aufweisen. Man hat die Ähnlichkeit zwischen eineiigen und zweieiigen Zwillingen betrachtet (vgl. www.uni-bielefeld.de). Dabei wurde herausgefunden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eineiige Zwillinge beide AD(H)S aufweisen, bei 80-90% liegt und bei zweieiigen Zwillingen nur bei 30% (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Darauf folgende Studien zeigten, dass Menschen mit AD(H)S einen defekten Gencode für die Dopaminrezeptoren haben. Dopamin ist ein wichtiger Botenstoff im Zentralnervensystem, welcher mit vielen psychologischen Prozessen wie der Wahrnehmung, dem Denken, Fühlen etc. im Zusammenhang steht (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Da dieser Gencode defekt ist, wird es den Neuronen erschwert, normal auf den Neurotransmitter Dopamin zu reagieren, d.h. dem Betroffenen fällt es beispielsweise schwer, still zu sitzen (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Aber nicht nur die Gene fielen in den Studien zu den Ursachen von AD(H)S auf, sondern auch der starke Einfluss der Umwelt. Hierzu fanden 1996 Millberger und seine Mitarbeiter heraus, dass 22% der Mütter von Kindern mit AD(H)S in der Schwangerschaft geraucht hatten (mindestens drei Monate lang eine Packung Zigaretten pro Tag) (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Zwei Jahre später führten sie dann eine weitere Studie durch, welche belegte, dass *„auch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft, Frühgeburt und niedriges Geburtsgewicht sowie Sauerstoffmangel während der Geburt“* (Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006) mit ADHS im Zusammenhang stehen. Aber auch Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien scheinen mit Verhaltensstörungen bei Kindern zusammenzuhängen. In den 1950er Jahren vermutete man anhand klinischer Erfahrungen einen Zusammenhang zwischen Bleivergiftungen und Verhaltensstörungen (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). 1972 fand David mit seinen Mitarbeitern bei 50% von 74 hyperaktiven Kindern heraus, dass ihr Blutbleispiegel erhöht war, *„wobei der Bleigehalt im Wasser und Staub eine bedeutende Rolle zu spielen scheint“* (Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Daraufhin hat Hafer 1978 eine zu hohe Phosphatbelastung für die Symptome

von AD(H)S verantwortlich gemacht, um dies zu untersuchen, schaute sich Egger 1991 185 Kinder mit AD(H)S an, wobei ein Teil von ihnen eine spezielle Diät machen musste. Dabei fand er heraus, dass die Kinder, die diese Diät vier Wochen gemacht haben eine Verhaltensänderung aufwiesen (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Allerdings ist es nur eine kleine Gruppe von AD(H)S, sodass man nicht genau sagen kann, inwieweit Schadstoffe oder Nahrungsmittelallergien Risiken für AD(H)S darstellen (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006).

Bei Kindern mit AD(H)S lassen sich des Weiteren neuroanatomische und neurochemische Ursachen nachweisen. 1993 fand Zametkin heraus, dass die Nervenbündelmasse, welche für die Anregung und Durchführung von Bewegungsabläufen zuständig ist, bei Kindern mit AD(H)S in der rechten Hirnhemisphäre größer als in der linken und kleiner als bei den Kontrollgruppenkindern, die kein AD(H)S haben, ist (vgl. Brandau/ Kaschnitz/Pretis 2006). Des Weiteren haben sie eine verminderte Durchblutung im Striatum¹ und präfrontalen Cortex². Nach Nachfolgeuntersuchungen fand man keine Bestätigung, dass es AD(H)S verursacht (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). 1991 zeigten Hynd und seine Kollegen, dass der Bereich der Brücke des Corpus callosum³ bei Kindern mit AD(H)S kleiner ist. Außerdem führten sie eine Magnetresonanztomographie durch, welche unterschiedliche Muster in der Frontallappenregion zeigte, diese zeigen bei Kindern ohne AD(H)S eine Asymmetrie zwischen den Hirnhemisphären, aber bei Kindern mit AD(H)S nicht (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). In den Studien betreffs der neurochemischen Ursachen fand man heraus, dass das Ungleichgewicht und die Fehlsteuerung der Neurotransmitter in enger Verbindung mit AD(H)S stehen. Viele Forscher glauben, dass AD(H)S durch eine Unterproduktion und schlechte Verwertung der Neurotransmitter in bestimmten Hirnregionen verursacht sein könnte, weil Medikamente wie Ritalin die Ausschüttung von Dopamin (zuständig für Hemmung von neuronalen Prozessen und entscheidend für Steuerung von Bewegungsabläufen) und Noradrenalin

¹ Striatum = „Das Striatum ist ein Teil des Großhirns, der im Hirninneren liegt und unter anderem auf den Hirnbotenstoff Dopamin reagiert.“ (lexikon.stanglu.eu)

² Präfrontaler Cortex= Zentrum der Handlungsplanung und der kognitiven Steuerung emotionaler Signale aus dem limbischen System (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006)

³ Corpus callosum= „Das Corpus callosum ist eine quer verlaufende Faserverbindung zwischen den beiden Großhirnhemisphären.“ (flexikon.doccheck.com)

(zuständig für die Steigerung des Aufmerksamkeitsniveaus) erhöhen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Dies lässt vermuten, dass die neurochemischen Funktionssysteme bei Menschen mit AD(H)S anders funktionieren als bei Menschen ohne AD(H)S. Es wird angenommen, dass im Zusammenwirken verschiedener Hirnabschnitte im Bereich der Schaltstellen von Hirnzellen und Synapsen die verantwortlichen Überträgerstoffe nicht optimal wirken (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Das Ungleichgewicht der Neurotransmittersysteme und die mangelhafte Verwertung von Dopamin besonders im Bereich der Stirnregion deuten darauf hin, dass AD(H)S als eine stoffwechselbedingte Störung im intrazellulären Bereich verstanden werden könnte, allerdings fehlt noch der Beweis, da noch keine exakten Messungen durchführbar sind (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006).

Früher ging man davon aus, dass die schlechte Erziehung, das ungünstige Umfeld, der familiäre Stress und die Spannung zwischen den Eltern als Ursache von AD(H)S anzunehmen sei. Das stimmt natürlich nicht, aber die Persönlichkeit der Eltern, ihr Erziehungsstil und das familiäre Klima haben Einfluss auf die Ausprägung und den Verlauf von AD(H)S (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Untersuchungen, die von Taylor 1991 durchgeführt wurden ergaben, dass besonders die zusätzlichen Verhaltensstörungen von psychosozialen Faktoren mit bedingt sind, vor allem das delinquente (abweichende) Verhalten. Dass Menschen mit AD(H)S häufig mit Regeln und Gesetzen in Konflikt geraten, liegt laut Brandau, Kaschnitz und Pretis an dem feinen Wechselspiel zwischen symptombedingten Schwierigkeiten und sekundären Reaktionen. Außerdem müssen sich Kinder mit AD(H)S mehr anstrengen um externen Reizen zu widerstehen, sprich nicht gleich zu reagieren. Sie können nur schwer Belohnungen aufschieben. daher können sie leicht von Anderen zu Regelverletzungen motiviert werden, z.B. Diebstahl, zündeln etc. Häufig nutzen andere Kinder das aus, beispielhaft sind Aussprüche wie: „Wenn du mir eine Packung Kaugummi aus dem Laden bringst ohne zu bezahlen, dann sind wir Freunde.“ (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Sie können die Schwere ihres Handelns im Hier und Jetzt schlecht einschätzen, jedoch sind sie nach der Tat reumütig und versprechen es nicht wieder zu tun. Trotzdem ist die Erziehung eines AD(H)S Kindes schwierig und führt häufig zu intrafamiliärem Stress und einer extremen Belastung der Eltern

(vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Die Gefahr, dass diese Kinder misshandelt werden steigert sich in erzieherischen Extremsituationen.

1992 belegen Studien von Silverman und Ragusa, dass die Verbesserung des Erziehungsstils eine Verbesserung im Verhaltensmanagement der Symptome (Abnahme der Hyperaktivität) zur Folge hat. Im Gegensatz dazu begünstigen ein unstrukturiertes familiäres Umfeld, Fehlen von Entwicklungsanregungen, geringe Anregungen von planvoll-reflexivem Verhalten Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Im Jahre 1988 fanden Bresnitz und Friedmann ein weiteres psychosoziales Risiko für hyperaktives Verhalten heraus: eine schwere Bindungsstörung zwischen Mutter und Kind (meist bei depressiven Müttern). 2000 unterstützt Schore dies, indem er nachwies wie stark sicheres Bindungsverhalten eine ausgewogene Selbstregulation und Modulation der Neurotransmitter des Säuglings beeinflusst (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Zwei Jahre später stellten Gerald Hüther und Bonney fest, dass die Stimulierung der Nervenschaltung, welche für den Gleichgewichtssinn zuständig ist, nur gut gelingen kann wenn diese schon im Mutterleib initiiert wird. Wenn der Gleichgewichtssinn nicht gut ausgebildet worden ist, bekommt das Kind beim Wiegen und Schaukeln Angst, und dadurch entsteht meist eine frühe Bindungsstörung - und daraus kann sich schlussendlich auch AD(H)S entwickeln (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Im Jahre 2000 haben Lauth und Linderkamp die Wichtigkeit einer Wahrnehmungsschulung bei Eltern hervorgehoben. Wenn Eltern förderliche Interaktionen wie z.B. Echtheit, Sensibilität in den Reaktionen auf die Signale des Kindes, Interesse und Sorge, Vorsehbarkeit (Schutz vor Stress), Strukturieren und Vorbereiten der Umgebung etc. in Bezug auf ihre Kinder beachten und durchführen, kann dadurch die individuelle Verletzbarkeit der Kinder beeinflusst werden (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Das Temperament eines AD(H)S Kindes kann damit zwar nicht ungeschehen gemacht werden, aber es kann zu einer Abschwächung der Symptomatik kommen. Die psychosozialen Faktoren beeinflussen lediglich die Ausprägung und Entwicklung von zusätzlichen Störungen sowie die Eskalation der Symptome (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006).

Alles in Allem gibt es für AD(H)S nicht nur eine Ursache, sondern viele verschiedene, und es gibt auch Faktoren, die AD(H)S beeinflussen. Zum einen wird AD(H)S durch die Gene verursacht, d.h. wenn die Eltern mit AD(H)S erkrankt sind bekommen es ihre Kinder meist zu 50% auch. Man hat viele Studien dazu durchgeführt. Des Weiteren hat man herausgefunden, dass ein defekter Gencode für Dopaminrezeptoren bei AD(H)S auch eine Rolle spielt. Es gibt neuroanatomische und neurochemische Ursachen, selbst Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien können ursächlich für AD(H)S sein. Neuroanatomisch hat man durch Studien herausgefunden, dass die Nervenbündelmasse bei Kindern mit AD(H)S in der rechten Hirnhemisphäre größer ist als in der linken, aber kleiner als bei Kindern, die es nicht haben. Also auch die Ausprägung des Gehirns kann ursächlich dafür sein, ob jemand AD(H)S hat oder nicht. Aber es spielen auch prä- und perinatale Einflüsse und die psychosozialen Einflüsse eine Rolle bei der Ausprägung von AD(H)S. Bei den prä- und perinatalen Einflüssen geht es darum, dass meist die Mütter von Kindern mit AD(H)S in der Schwangerschaft sehr viel geraucht oder auch getrunken haben. Selbst eine Frühgeburt steht im Zusammenhang mit hyperaktiven Verhalten. Die psychosozialen Einflüsse beeinflussen vor allem die zusätzlichen Verhaltensstörungen. Hierbei geht es meist darum, dass andere Menschen, das Verhalten von AD(H)S ausnutzen.

2.3 ERKLÄRUNGSKONZEPTE

Da es eine Vielzahl an Ursachen für AD(H)S gibt und auch die Symptomvielfalt hoch ist, gibt es einige Unterschiede im Entwicklungsprozess, d.h. es gibt kein allgemein gültiges Erklärungsmodell. Im laufenden Text werde ich auf einige Erklärungskonzepte von AD(H)S eingehen.

Wie zuvor beschrieben ist der defekte Gencode der Dopaminrezeptoren eine von vielen Ursachen für AD(H)S, weswegen die Stoffwechselstörungshypothese von einer Fehlsteuerung der Dopamin-Noradrenalin-Serotin-Achse mit allen komplexen Verflechtungen der Neurotransmittersysteme ausgeht (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Allerdings bleibt es noch offen wie sehr sie Ursache, Folge oder Begleiterscheinung der Symptome von AD(H)S ist. Eine andere Hypothese, die Aktivierungshypothese, geht von einer Untererregung

des Zentralnervensystem aus (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). 1971 vermutet Wender, dass AD(H)S von einem zu niedrigem Aktivierungsniveau im Belohnungssystem des Gehirns bedingt wird. Das ist der Grund, warum AD(H)S-ler oft nicht aus unangenehmen Erfahrungen bleibend lernen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Möglicherweise ist auch hierfür der defekte Gencode für Dopaminrezeptoren zuständig - dieser erschwert es den Neuronen, im Belohnungssystem auf das Dopamin zu reagieren (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Dieses Belohnungsdefizit erschwert es den Betroffenen bei einer Aufgabe ausdauernd zu bleiben, wenn sie kein ständiges Feedback erhalten. Im freien Spiel, z.B. mit dem PC oder dem Gameboy treten kaum Symptome von AD(H)S auf, da Computerspiele nach einem Rückmelde- bzw. Belohnungssystem funktionieren, d.h., wenn der Spieler eine falsche Taste drückt ist das Spiel vorbei, reagiert er aber richtig, so kommt er in die nächste Welt (augenblickliche Belohnung) (Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Da die Erziehung nicht nach diesem „Alles oder Nichts“-System funktioniert, ist die Erziehung ab der Geburt ein kontinuierlicher Lernprozess des Belohnungsaufschubes für die Kinder. Leider ist es so, dass Eltern und auch Pädagogen nicht in gleicher Weise konsequent reagieren. So wird unauffälliges Verhalten meist nicht wahrgenommen und nicht belohnt oder verstärkt, auffälliges Verhalten dagegen schon (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Laut Brandau, Kaschnitz und Pretis reagieren Pädagogen und auch Eltern manchmal mit Konsequenzen auf Fehlverhalten und manchmal nicht. Der Zeitraum zwischen gegenwärtigem Verhalten und den möglichen Konsequenzen ist für Kinder oft nicht nachvollziehbar, da die Konsequenzen oder auch Belohnungen oft von den Erwachsenen vergessen werden (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). *„Da benötigt man als Kleinkind schon sehr starke Nerven.“* (Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006).

Die Ausfälle in der Selbststeuerung und die gezielte Handlungsplanung könnten laut Brandau, Kaschnitz und Pretis auch von der niedrigen Aktivität im Cortex erklärt werden. Dabei herrscht die Ansicht, dass der frontale Cortex nicht genügend Infos aus dem Hirnstamm erhält, was zu fahrigem, hyperaktivem und risikofreudigem Verhalten führt, damit der optimale innere Erregungszustand erhalten wird (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Im Jahre 1986 gehen Remschmidt und Schmidt davon aus, dass die Selbstheilungsprozesse des

Kindes es veranlassen sich ständig zu bewegen, um die vorhandene Dysregulation im Hirn auszugleichen. Dadurch entsteht die ständige Suche nach neuen Reizen bei einer gleichzeitigen Reizoffenheit und Reizfilterschwäche (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Kommen wir nun zur Filtersystemhypothese. Hier wird von den Autoren Brandau, Kaschnitz und Pretis beschrieben, dass für Silver AD(H)S ein fehlerhaftes Filtersystem des retikulären Aktivierungssystem im Hirnstamm als Ursache hat. Der Betroffene wird von einem Ansturm von Informationen überschwemmt, da er auch unwesentliche Reize des Umfeldes wahrnimmt (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Die Filtersystemhypothese beschreibt also die Unfähigkeit von Betroffenen, den Zustrom von äußeren Reizen zu bremsen. Als Nächstes werde ich etwas zum Defizit der Hemmungsregulation schreiben, welches ein weiteres Erklärungskonzept für AD(H)S ist. 1997 beschrieb Barkley, dass der zentrale Faktor für AD(H)S das Defizit in der Hemmung von Impulsen und Handlungsabläufen ist (vgl. Brandau/ Kaschnitz/ Pretis 2006). Er beruft sich auf Untersuchungen, welche zeigen, dass die Probleme der Impulssteuerung ein Indikator für das Störungsbild sind. Des Weiteren führt das Defizit zu Störungen exekutiver Funktionen, wie z.B.: des Kurzzeitgedächtnisses, der Selbstregulation von Affekten, der Motivation u.a. (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Weiterhin betont Barkley, dass bei Menschen mit AD(H)S die Einschränkung der Impulskontrolle im Vordergrund steht. Deshalb reagieren AD(H)S-Kinder bzw. Betroffene häufig sehr vorschnell, ohne die Konsequenzen ihrer Handlung richtig abzuschätzen. Dies führt zu einer geringen Nutzung des Potenzials der exekutiven Funktionen, die eigentlich normal vorhanden sind (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Für die Praxis bedeutet das, dass AD(H)S-ler bei hoher Motivation ihre Impulse steuern können, was allerdings sehr anstrengend für die Betroffenen ist. Eigentlich werden Impulse ungesteuert ausgelebt, aber Kinder mit AD(H)S können das Warten lernen, wenn sie motiviert oder belohnt werden (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Die Steigerung der Fähigkeit, Reaktionen oder Belohnungen aufzuschieben, geht mit der Verbesserung der Exekutivfunktionen (Barkley unterscheidet in vier Funktionsbereiche: 1. nonverbales Arbeitsgedächtnis, 2. verbales Arbeitsgedächtnis, 3. Regulation von Gefühlen, 4. gedanklich den „roten Faden“ behalten) einher, beschreiben Brandau,

Kaschnitz und Pretis in ihrem Buch „AD(H)S bei Klein- und Vorschulkindern“. Ein erster praktischer Schritt sind Angebote, welche so herausfordernd sind, dass sie für Kinder mit AD(H)S erfolgreich durchführbar sind, z.B. ein kurzes Warten lernen beim Essen, bis alle am Tisch sind und man dann gemeinsam mit dem Essen beginnen kann (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Vorher sollte man jedoch mit dem Kind vereinbaren, dass es eine kleine Belohnung „gewinnen“ kann, wenn es Herausforderungen schafft. Das bedeutet für die Fachkraft, dass sie ihre Vorstellungen altersgerechter Normalität aufgibt und sich individuell auf jedes Kind mit AD(H)S einstellt und es schrittweise in seinen schwierigen Lernprozessen unterstützt (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Verstärker oder auch Belohnungen werden genutzt, damit AD(H)S-ler den Aufschub von impulsiv-ungeduldiger Bedürfnisbefriedigung erlernen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006).

Auch das Spielen bzw. der unterdrückte Spieltrieb von Kindern ist eines von vielen Erklärungskonzepten für AD(H)S. Beim Spiel sammeln die Kinder Erfahrungen in einer „Als-ob“-Realität, denn der evolutionsbiologische Sinn des Spieles ist die Vorbereitung auf Erfahrungen in der Realität, in der die „*Gesetze des Dschungels*“ (Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006) herrschen. Ein amerikanischer Neuropsychologe, Panksepp, versteht das spielerische Balgen als elementares psychobiologisches Bedürfnis (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Im Jahre 1998 betrachtet er Kinder mit AD(H)S mit der Ausnahme von klaren Ursachen wie exogenen Noxen oder Störungen der Schilddrüse als besonders verspielte Kinder. Diese weisen im Bereich des Frontallappens einen geringen Unterschied auf (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Panksepp sieht bei Kindern mit AD(H)S Entwicklungsverzögerungen einzelner regulierender Exekutivfunktionen wie Selbstkontrolle und Voraussicht. In einem Experiment hat man den Frontallappen von Ratten in der normalen Entwicklung so behindert, dass er 5% kleiner ist als bei den „normalen“ Ratten; der verminderte Prozentsatz entspricht Untersuchungen bei AD(H)S-Kindern (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Die Ratten mit einem verminderten Frontallappen zeigten ein stark gesteigertes Spielverhalten und die verringerte Fähigkeit ihre primitiveren Impulse zu regulieren (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Je mehr Spielraum diese Ratten bekamen und je mehr sie spielten, desto weniger impulsiv waren sie als Erwachsene. Das heißt also, dass das

intensive Spiel die Entwicklung selbstregulativer und sozialer Fähigkeiten fördert, so Brandau, Kaschnitz und Pretis. Im Jahre 1992 sagte Pearce, dass das Spiel unsere dreifache Natur integriert, sprich das Stamm-, Groß- und Gefühlshirn. Auch zeigten Untersuchungen von Barkley, dass sich die Auffälligkeiten von AD(H)S meist nicht während des freien Spiels zeigen, sondern eher in Beschäftigungs- und Leistungssituationen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006).

Alles in Allem gibt es viele Ansätze mit denen man AD(H)S erklären kann. Am weitesten verbreitet ist die Stoffwechselstörungshypothese. Sie erklärt, dass es eine Fehlsteuerung der Dopamin-Noradrenalin-Serotonin-Achse gibt und wodurch es den Neuronen erschwert wird auf den Neurotransmitter Dopamin normal zu reagieren. Da sich viele mit dem Thema AD(H)S beschäftigen, wurden auch noch mehr Erklärungskonzepte erstellt, wie z.B. die Aktivierungshypothese, die Filtersystemhypothese oder das Defizit der Hemmungsregulation.

3. LEITFADENINTERVIEW- WIE STEHEN VERSCHIEDENE MENSCHEN ZU DEM THEMA AD(H)S?

3.1 WARUM LEITFADENINTERVIEW UND WELCHE AUSWERTUNGSMETHODE?

Nun komme ich zum empirischen Teil meiner Bachelorarbeit. Zunächst werde ich etwas über mein methodisches Vorgehen schreiben, erkläre kurz, was ein Leitfadeninterview ist, wie meine Interviewsituationen waren und komme dann zur Auswertungsmethode. Im nächsten Unterpunkt werde ich den Begriff Haltung erläutern und werte dann meine Interviews aus.

Anfangs habe ich überlegt, ob ich für die Beantwortung meiner Forschungsfrage eher eine qualitative oder quantitative Herangehensweise nutze. Da es mir wichtig war die Meinung verschiedener Menschen herauszufinden, habe ich mich dafür entschieden Leitfadeninterviews zu führen, also eine qualitative Untersuchung. Ich fand es wichtig, dass die

Gesprächsführung angenehm ist und meine Interviewpartner ihre Meinung offen sagen können. Und da es bei einem Leitfadenterview nicht darum geht, seine Fragen stupide abzuarbeiten, sondern auch Platz für Nachfragen ist, fand ich es optimal, um damit meine Forschungsfrage „Ist AD(H)S eine „Krankheit“ oder wird es mehr und mehr zur Modeerscheinung?“ zu beantworten. W. Ludwig Mayerhofer beschreibt das Leitfadenterview wie folgt:

„Ein Interview, das das zu erhebende Thema zwar in Form eines Leitfadens vorstrukturiert (...), im allgemeinen aber auf standardisierte Fragen und vor allem auf standardisierte Antwortvorgaben verzichtet. Auch soll dem Leitfaden im allgemeinen nicht sklavisch gefolgt werden; er ist vielmehr im Abhängigkeit vom Interviewverlauf flexibel zu handhaben. Insbesondere darf der Leitfaden nicht zum Anlass genommen werden, der Reihe nach nur die verschiedenen Themen "abzuhaken" (...); vielmehr geht es (auch) im L. darum, offen zu sein für die Perspektive der befragten Person, für Neues, Ungereimtheiten, usw.“
(wlm.userweb.mwn.de).

Anhand dieser Definition wird nochmal deutlich, dass es nicht um typische Antworten, sondern mehr um die eigene Meinung bzw. Haltung der Befragten geht. Des Weiteren bin ich der Meinung, dass sich diese Form des Interviews gut zum Vergleichen der Antworten nutzen lässt, da man die Leitfragen in allen Interviews stellt. Ich habe mich letztendlich für drei Leitfadenterviews entschieden. Die Befragten sollen Vertreter von verschiedenen Gruppen der Gesellschaft darstellen. Es war für mich kein Problem jemanden zu finden, der mit mir über dieses Thema ein Interview hält. Mein erstes Leitfadenterview habe ich mit einer Erzieherin geführt, die gleichzeitig auch die Leiterin einer Einrichtung ist. Sie soll allgemein für die Kindertageseinrichtungen stehen. Das zweite Leitfadenterview habe ich mit einem Auszubildenden von Webasto geführt. In meinen Augen steht er für die allgemeine Bevölkerung. Und zu guter Letzt habe ich mich mit einem Fachmann zum Thema AD(H)S unterhalten, dem Vorsitzenden der ADHS-Selbsthilfegruppe von Neubrandenburg. Dieser soll für die Personen stehen, die betroffen sind und für Menschen, die sich mit dem Thema auskennen (die aber nicht betroffen sein müssen). Ich habe meine Probanden deshalb als Vertreter verschiedener Gruppen der Gesellschaft gewählt, weil ich vermute, dass z.B. die Antworten von anderen Menschen, die

sonst nichts weiter mit AD(H)S zu tun haben, ähnlich ausfallen würden, wie die von dem Auszubildenden. Mir ist bewusst, dass es auch Ausnahmen gibt und nicht jeder explizit dasselbe gesagt hätte.

Bevor ich mich mit meinen Probanden getroffen habe, musste ich mir erst Gedanken um meine Leitfragen machen. Zunächst habe ich mir überlegt, was ich von meinen Probanden erfahren möchte. Nachdem mir das klar war und ich mich selbst auch mit dem Thema AD(H)S genügend beschäftigt habe, formulierte ich meine Fragen. Diese habe ich dann in eine logische Reihenfolge gebracht und zwei von meinen drei Interviewpartnern zugeschickt, damit sich auch diese auf das Gespräch vorbereiten konnten. Leider konnte ich es nicht allen zusenden, da ich die Zusage für das erste Interview erst kurzfristig bekommen hatte und es keine Möglichkeit gab, ihr die Fragen noch schnellstmöglich zukommen zu lassen. Meine Fragen bestanden aus offenen und Ja-Nein-Fragen, damit meine Probanden frei auf die Fragen antworten konnten und ich trotzdem noch Raum für Nachfragen hatte. Da ich meine Interviews aufnehmen wollte, habe ich mir vor den Interviews das Einverständnis jedes Einzelnen geholt und konnte dann mit den Interviews beginnen. Meine Fragen beziehen sich alle auf das Thema AD(H)S. Im einzelnen frage ich danach, ob sie schon mal mit dem Thema in Berührung gekommen sind, was für Wissen sie über AD(H)S haben, welche Haltung sie dazu haben, ob es genügend Aufklärung über das Thema gibt oder ob es noch mehr Informationen geben sollte. Außerdem wollte ich von den Probanden wissen, wie sie sich einen AD(H)S-Betroffenen vorstellen und ob sie AD(H)S als „Krankheit“ oder Modeerscheinung sehen. Als ich die Fragen für das Interview klar hatte und auch meine Interviewpartner bereit waren diese Fragen zu beantworten, habe ich das erste Interview mit der Leiterin einer Kindertagesstätte geführt. Dieses Interview fand bei mir zu Hause statt, da ich die Leiterin bereits kannte und schon einige Praktika in ihrer Einrichtung absolviert habe. Die Stimmung war sehr angenehm und aufgeschlossen. Daher kam es schnell zu einem Erzählfluss und wir konnten die Fragen nach und nach durchgehen. Das zweite Interview habe ich mit dem Auszubildenden geführt. Wir haben uns bei ihm zu Hause getroffen, und auch dort war die Atmosphäre keineswegs unangenehm. Allerdings kamen wir nicht so schnell in den Erzählfluss, da der Befragte anfangs ein wenig unbeholfen schien, aber als ich

anfang meine Fragen zu stellen und ihm zwischendurch kleine Hilfestellungen gegeben habe, kam es relativ schnell zu einem guten Interview, welches im Verlauf immer flüssiger wurde. Das letzte Interview, welches ich mit dem Vorsitzendem der AD(H)S-Selbsthilfegruppe geführt habe, hat in den Räumlichkeiten des DRK in der Robert-Blum-Straße stattgefunden. In der Zeit, wo ich mit dem Vorsitzendem den Termin für das Interview vereinbart habe, war gerade eine Sitzung der AD(H)S-Selbsthilfegruppe. Daher saßen in dem Raum noch ca. vier andere Personen, die anfangs auch nicht aus dem Raum gegangen sind. Deshalb war es zunächst etwas unruhig und auch etwas unangenehm. Aber nach den ersten zwei Fragen sind die Personen aufgestanden und haben sich in einen anderen Raum gesetzt. Dadurch gab es zwar eine kurze Unterbrechung in dem Interview, die aber nicht tragisch war. Nachdem der Vorsitzende der AD(H)S-Selbsthilfegruppe und ich alleine waren, kam es sehr schnell zu einem Redefluss und das Interview verlief angenehm und flüssig. Damit ich auch alle Aussagen der Probanden mitbekommen habe, habe ich, wie schon einmal erwähnt, die Gespräche aufgezeichnet. Diese mussten dann im weiteren Verlauf transkribiert werden, damit ist die Verschriftung des Gesagten gemeint. Man soll das ganze Material, sprich alle Interviews, die man geführt hat, transkribieren, damit man sie besser für die Auswertung nutzen kann. Es gibt verschiedene Transkriptionssysteme, diese legen unterschiedlich Wert auf Textmerkmale wie die sprachliche Betonung, die Lautstärke, die Dehnung, die Dialektfärbung oder auch die Pausen (vgl. www.i-study.de).

Um Interviews auszuwerten gibt es eine Vielzahl von Auswertungsmöglichkeiten. Ich habe mich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring entschieden. Mayring hat für diese Inhaltsanalyse ein Ablaufmodell entwickelt, welches aus mehreren Schritten besteht. Im ersten Schritt geht es darum das Material festzulegen. Dabei sucht man Passagen aus dem Interview raus, welche einen besonderen Stellenwert für die Forschungsfrage haben (vgl. www.ph-freiburg.de). Bei dem nächsten Schritt geht es darum die Entstehungssituation zu analysieren. Hierbei ist von Interesse, wer das Material zusammengetragen hat, wer daran beteiligt war und welche die Zielrichtung und die Motive der Person sind, die das Material auswertet (vgl. www.ph-freiburg.de). In einem dritten Schritt geht es Mayring um

die formale Charakterisierung des Materials. Dort soll festgestellt werden, wie das Material dokumentiert wurde: Wurde es aufgenommen oder protokolliert? (vgl. www.ph-freiburg.de). Der vierte Schritt beschäftigt sich mit der Festlegung der Analyserichtung, d.h., der Schreiber der Arbeit muss sich genau überlegen, was er genau aus dem Text interpretieren möchte und welche Aussagen getroffen werden sollen. Dies wird im nächsten Schritt zweiter differenziert (vgl. www.ph-freiburg.de). Im sechsten Schritt entscheidet man: „*welches inhaltsanalytische Verfahren Anwendung finden soll.*“ (www.ph-freiburg.de). Mayring stellt drei Verfahren zur Auswahl: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Bei dem vorletzten Schritt geht es um die Definition der Analyseeinheit. Dort werden die Maßeinheiten des Materials festgelegt. Es gibt die Kodiereinheit, welche die kleinste Texteinheit ist und die Kontexteinheit, welche die größte zu interpretierende Texteinheit ist (vgl. www.ph-freiburg.de). Und in dem letzten Schritt geht es um die Durchführung der Materialanalyse. Da nicht alle drei Techniken dafür gedacht sind, hintereinander ausgeführt zu werden, muss man sich für eine entscheiden (vgl. www.ph-freiburg.de).

Abschließend ist zu sagen, dass ich mich für das Materialanalyseverfahren der Zusammenfassung entschieden habe. Dabei geht es darum, dass man das Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben (vgl. www.ph-freiburg.de). Daraufhin folgen mehrere Arbeitsschritte. Zunächst versucht man das Material so zu reduzieren, dass ein Kategorienraster entsteht (vgl. www.ph-freiburg.de). Dann erfolgt die Paraphrasierung, wo alle wiederholenden oder ausschmückenden Textbestandteile gekürzt werden. Dies wird dann auf ein einheitliches Sprachniveau übersetzt (vgl. www.ph-freiburg.de). Der nächste Schritt beinhaltet die Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, das bedeutet, dass ein Abstraktionsniveau definiert wird (vgl. www.ph-freiburg.de). Daran wird überprüft welche bereits paraphrasierten Materialeinheiten unter dem Abstraktionsniveau liegen, damit man diese allgemeiner fassen kann. Die Materialeinheiten, die über diesem Niveau liegen bleiben zunächst unberührt (vgl. www.ph-freiburg.de). Im nächsten Schritt kommt es zur ersten Reduktion. Dort werden „*Paraphrasen mit gleicher Bedeutung ausgestrichen und nur diejenigen Paraphrasen weiterverwendet, die von zentraler Bedeutung für das Material sind.*“ (www.ph-freiburg.de). Der letzte Schritt besteht aus der zweiten Reduktion, hier werden noch einmal

Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt zusammengefasst und eventuell neu formuliert (vgl. www.ph-freiburg.de).

3.2 BEGRIFFSKLÄRUNG HALTUNG

Bevor ich nun zu der Interviewauswertung komme, möchte ich klären was eigentlich Haltung heißt. Haltung ist ein sehr vielfältiger Begriff mit mehreren Bedeutungen. Zunächst kann man mit Haltung meinen, auf welche Art und Weise man den Körper, vor allem das Rückgrat hält, besonders beim Gehen oder Sitzen, es geht also um die Körperhaltung (vgl. www.duden.de). Mit Haltung kann aber auch die Tierhaltung gemeint sein. Allerdings sind diese zwei Bedeutungen nicht für diese Bachelorarbeit von Interesse. Vielmehr interessiert in dieser Arbeit folgende Bedeutung : „a) *innere (Grund)einstellung, die jemandes Denken und Handeln prägt*

b) Verhalten, Auftreten, das durch eine bestimmte innere Einstellung, Verfassung hervorgerufen wird

c) Beherrschtheit; innere Fassung“ (www.duden.de).

Man unterscheidet den Begriff in zwei unterschiedliche Grundhaltungen, zum einen die Haltung bewahren, es geht also um die Beziehung zu den eigenen Gefühlen und zum anderen eine Haltung einnehmen, d.h. dass man zu etwas bzw. zu jemandem steht (vgl. www.kvjs.de). Dann gibt es noch die professionelle Haltung, die sich einerseits auf das handlungsleitende professionelle Rollen- und Selbstverständnis bezieht und andererseits auf die sich ständig weiterentwickelnde Persönlichkeit der Fachkraft (vgl. www.kvjs.de). Diese kann man entwickeln und festigen, indem man seine professionelle Haltung biografisch selbst und auch seine pädagogische Handlungspraxis systematisch und fundiert reflektiert (vgl. www.kvjs.de). Meist besteht die auf ein Handeln zielende, reflektierende Grundhaltung aus zwei Haltungen, einmal der Haltung, welche aus „*Gewöhnung und Einübung entsteht*“ (www.kvjs.de) und der Haltung, die man aus seinem Fachwissen herausbildet (vgl. www.kvjs.de). Das bedeutet also, dass man für seine professionelle Haltung Fachwissen und ein sich Vergewissern benötigt, und da sie mit dem Prozess der Selbstbildung bzw. Selbstformung verbunden ist, bedarf es der Fähigkeit

der Selbstreflexion, d.h. dass man die Fähigkeit besitzt die Bedeutung der eigenen Biographie und auch Lebenssituation im beruflichen Handeln zu erkennen (vgl. www.kvjs.de). Die professionelle Haltung spiegelt sich auch im Verständnis des Anderen, also dass man in der Lage ist, die Botschaft des Anderen zu verstehen (vgl. www.kvjs.de).

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Begriff Haltung, wie einige andere Begriffe auch, verschiedene Bedeutungen hat. Aber in dieser Arbeit geht es um die innere Haltung eines Menschen und teilweise auch um die professionelle Haltung gegenüber dem Thema AD(H)S. Die Haltung eines Menschen zeigt, wie er zu etwas steht. Meiner Meinung nach ist die Haltung eines Menschen nichts anderes als die Meinung eines Menschen. Beides ist eine Stellungnahme zu bestimmten Themen oder Dingen.

3.3 INTERVIEWAUSWERTUNG

Um die Forschungsfrage meiner Bachelorarbeit „AD(H)S- Ist es eine „Krankheit“ oder wird es mehr und mehr zur Modeerscheinung?“ zu klären, habe ich mit drei verschiedenen Personen jeweils ein Leitfadeninterview geführt. Meine Probanden werden nicht namentlich erwähnt, sondern lediglich ihre Berufsbezeichnungen genannt. Ich habe eine Erzieherin, welche gleichzeitig Leiterin einer Kita ist, interviewt, einen Auszubildenden von Webasto und den Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg. Ich habe in jedem Interview acht Leitfragen genutzt und je nachdem, ob es sich angeboten hat oder nicht, auch Zwischenfragen gestellt. Diese acht Fragen beziehen sich darauf, ob die Probanden mit dem Thema AD(H)S schon einmal in Berührung gekommen sind, ob sie etwas darüber wissen, wie sie zu dem Thema stehen und ob sie glauben, dass der Begriff AD(H)S vorschnell oder auch zu oft genutzt wird. Des Weiteren wollte ich von den Befragten wissen, ob sie finden, dass es genügend Aufklärung über AD(H)S gibt oder ob es mehr Aufklärung und Informationen geben sollte. Mich hat auch interessiert, wie sie sich einen AD(H)S-Betroffenen vorstellen und was sie darüber denken, ob AD(H)S eine Krankheit ist oder zur Modeerscheinung wird. Ich werde nun die Interviews zusammenfassen und miteinander vergleichen. Dafür werde ich auf jede Frage einzeln eingehen.

Ich habe jedes meiner Interviews mit folgender Frage begonnen „Sind Sie schon mal mit dem Thema AD(H)S in Berührung gekommen?“. Bei zwei von meinen drei Interviews bekam ich die Antwort, dass sie persönlich eigentlich noch nicht damit in Berührung gekommen sind. Der Auszubildende erzählte mir, dass er nur ab und zu mal etwas über AD(H)S gehört und auch mal etwas dazu gelesen hat, sich aber sonst nicht weiter damit beschäftigt. Außerdem ist in seinem Ausbildungsbetrieb ein Auszubildender, welcher AD(H)S hat. Aber mein Proband meinte, dass er eigentlich immer sehr ruhig ist und man nicht merkt, dass er AD(H)S hat, aber das wahrscheinlich an den Tabletten liegt, die er nimmt. Die Erzieherin und Leiterin, die ich befragt habe, hat in dem berufsbegleitenden Studiengang Early Education einmal einen Vortrag über AD(H)S gehalten, ansonsten hatte sie persönlich noch keinen direkten Kontakt mit dem Thema. Sie hat auch nur mal etwas darüber in Büchern oder dem Internet gelesen und ab und zu im Fernsehen einen Bericht gesehen. Aber die Erzieherin hatte ein Mädchen in ihrem Kindergarten, bei dem in der Schule AD(H)S diagnostiziert wurde. Allerdings ist meiner Probandin im Kindergarten kein auffälliges Verhalten aufgefallen. Das Mädchen war zwar mal etwas lauter oder ungehaltener, aber nichts was man nicht beherrschen konnte, so die Erzieherin. Im Gegensatz zu meinen ersten beiden Interviewpartnern, habe ich von dem dritten Proband, dem Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg, eine andere Antwort bekommen. Er kam mit dem Thema das erste Mal in Berührung als sein Sohn zweieinhalb Jahre war. Die Erzieherin seines Sohns hatte ihm gesagt, dass er in der Kita sehr auffällig ist. Daraufhin sind er und seine Frau zu einer Psychologin gegangen, die Kinder in der Kita beobachtet und sie hat das erste Mal das Wort „AD(H)S“ in den Mund genommen. Mein Proband spricht davon, dass sie als Eltern schon früh gemerkt haben, als sein Sohn noch ein Baby war, dass irgendwas anders ist. Nach den Worten der Psychologin haben der Vorsitzende der damals entstehenden AD(H)S Selbsthilfegruppe und seine Frau viel im Internet, in Broschüren und Büchern über AD(H)S recherchiert. Man merkt schon anhand der ersten Frage, dass der Bevölkerungsteil, der kein AD(H)S hat und auch die Kindertageseinrichtungen eher wenig von dem Thema wissen und es auch kaum angesprochen wird bzw. selten bis gar nicht Thema ist. Daher fand ich die Frage „Was wissen Sie über das Thema?“ sehr passend, um sie im

Anschluss zu stellen. Und dort hat sich meine Vermutung, dass das Thema AD(H)S noch nicht tiefgründig bekannt ist, bestätigt. Der Auszubildende weiß so gut wie gar nichts darüber. Er weiß nur, dass wenn die Tabletten von seinem Kollegen nachlassen, dieser sehr aufgedreht und hibbelig wird und ständig was machen möchte. Dieses Muster kann man auch in der Theorie vernehmen. Da mein Proband mir in der vorherigen Frage erzählt hat, dass sein Kollege Tabletten nimmt, vermute ich, dass er Ritalin bekommt. Dies ist das meist verschriebene Medikament bei AD(H)S- Betroffenen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Ritalin reduziert die motorische Aktivität, vor allem planlose Bewegungsabläufe. Weiterhin wird die Impulsivität der AD(H)S-ler weniger, d.h. dass sie ruhiger werden und sie nicht gleich alles auf einmal erledigen möchten, außerdem können sie sich besser konzentrieren (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Und so nimmt ihn der Auszubildende auch eigentlich immer wahr, solange das Ritalin wirkt. Sobald dieses Mittel nachlässt, wird sein Kollege dementsprechend wieder impulsiver, unaufmerksamer, etc. Die anderen beiden Interviewten wissen mehr über das Thema, wobei die Erzieherin im Interview häufiger von Verhaltensauffälligkeiten spricht als explizit von AD(H)S. Sie versteht, dass das Verhalten der Betroffenen sich nicht gegen die Person richtet, die es abbekommt, sondern dass es ein Warnsignal ist und das Kind damit zeigen möchte, dass etwas nicht in Ordnung ist. Manchmal mag es so sein, dass das Verhalten des AD(H)S-lers sich nicht gegen die Person richtet, aber es gibt auch Trotzverhalten, welches sich gegen die Person richtet (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Des Weiteren ist meine Probandin der Meinung, dass wenn man die Ursachen des Verhaltens kennt, dann kann man sich darauf einstellen und dementsprechend handeln. Dafür muss man als Fachkraft mit den Eltern sprechen und darf dem Kind nicht nur Forderungen stellen, die es überfordern. Für die Erzieherin tritt mit der Überforderung eines Kindes AD(H)S ein, was so in der Theorie natürlich nicht steht, da viele verschiedene Ursachen dafür verantwortlich sind und man hauptsächlich von einer Stoffwechselerkrankung im Gehirn ausgeht (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Der Vorsitzende der AD(H)S-Selbsthilfegruppe hat mir erzählt, dass es zu dem Zeitpunkt, als er das erste Mal etwas darüber gehört hat, noch nicht viele private Informationen gab, sprich wie man zu Hause damit umgehen sollte. Er und seine Frau haben viele Fachärzte konsultiert, die allerdings nicht

selbst betroffen waren. Daraufhin hat mein Proband eine eigene Gruppe zum Thema ADS im Internet gegründet. Dort hat er dann Leute angeschrieben, die auch davon betroffen sind und hat sie gefragt „Was machst du wenn das Wasserglas umkippt oder wenn dein Kind mal wieder ausrastet?“ und so hat er bis heute über 100 Geschichten gesammelt, die anderen Betroffenen helfen sollen. Zwar weiß der Vorsitzende der Selbsthilfegruppe viel über das Thema, hat jetzt aber nicht alles explizit aufgezählt. Im Verlaufe des Interviews merkt man, das er wirklich Ahnung hat. Auch bei der zweiten Frage merkt man wieder wie unterschiedlich die Antworten sind und das die Bevölkerung nichts über AD(H)S weiß sowie der Kitabereich eher allgemein von Verhaltensauffälligkeiten spricht.

Die Fragen „Denken Sie, dass es genügend Aufklärung über das Thema AD(H)S gibt?“ und „Wie fänden sie mehr Aufklärung und Informationen darüber?“ werde ich zusammengefasst betrachten und nicht einzeln. Ich werde nun zunächst den „Fachmann“ meiner Interviewpartner als erstes betrachten und zusammenfassen. Er hat mir erzählt, dass das Thema AD(H)S dank dem Internet heutzutage viel verbreitet wird. Der Vorsitzende der Selbsthilfegruppe wünscht sich aber seitens der Politik noch mehr Unterstützung, die in Mecklenburg-Vorpommern wohl schon gut funktioniert, aber deutschlandweit noch ausbaufähig ist. Des Weiteren hat er vor einiger Zeit ein Telefongespräch mit einem Schulleiter gehabt und dieser ist von der AD(H)S-Messe, die der Vorsitzende der AD(H)S Selbsthilfegruppe oft gestaltet, sehr begeistert und wollte alle seine Lehrer dort hinschicken. Mein Proband hat dem Schulleiter aber verständlich gemacht, dass seine Lehrer nicht zwangsweise dort hinschicken kann, weil sie dann nicht viel behalten werden, sondern man muss sie durch Überzeugung für sich gewinnen. Die Lehrer müssen es aus freien Stücken wollen, denn wie wir wissen lernt und behält man nur etwas, wenn man auch selbst daran interessiert ist und nicht gezwungen wurde. Aber die Aufklärung in Kindertagesstätten und Schulen über AD(H)S ist heutzutage noch nicht so weit ausgeprägt. Zwar wird es in den Ausbildungen, z.B. in der Erzieherausbildung in den Schulen und auch in den Hochschulen, wie bei dem Studiengang Early Education, schon betrachtet und behandelt, aber das Netzwerk muss noch weiter ausgebaut werden, damit noch mehr Informationen an die Fachkräfte kommen und sie nicht im Unwissen sind. Da mein Proband

derzeit die Ausbildung zum Erzieher macht, habe ich ihn gefragt, wie es denn in der Ausbildung genau abläuft mit der Behandlung des Themas AD(H)S. Er hat mir erzählt, dass es unter anderem auch dank ihm intensiver behandelt wird. Sonst haben sie das Thema Sonderpädagogik und dort wird aufgrund des ICD 10 AD(H)S zum Thema gemacht. Mein Proband sieht für sich und seine Selbsthilfegruppe die Aufgabe es zu fördern und zu unterstützen, dass AD(H)S immer mehr zum Thema gemacht wird. Im Vergleich dazu fand ich die Antworten des Auszubildenden gut, da man an ihm gut sieht, wie wenig das Thema AD(H)S heutzutage eigentlich doch noch verbreitet ist. Seiner Meinung nach sollte es viel mehr Aufklärung darüber geben, weil es die Aufklärung ist um mit Krankheit umzugehen und das ist immer wichtig. Dieser Proband hatte auch einen Vorschlag gemacht, dass das DRK in der Robert-Blum-Straße in Neubrandenburg Infoveranstaltungen gestalten könnte, damit man mehr über das Thema erfährt. Die Erzieherin findet, dass es überall, egal bei welchem Thema, immer irgendwo einen Unsicherheitsfaktor gibt. Dann schweift sie eigentlich mehr oder weniger von meiner Frage ab und der Verdacht, dass in Kitas wirklich kaum Aufklärung über AD(H)S ist wird bestätigt. Sie spricht davon, dass sie in der Kita kaum Erfahrung mit solchen Kindern gemacht hat und dass es vielleicht „unerzogene Kinder“ sind, die nicht wissen, wo die Grenze der anderen ist. Allerdings ist sie dafür, dass es im Umgang mit AD(H)S mehr Aufklärung geben sollte. Auch diese Probandin macht Vorschläge, wie man mehr Aufklärung bekommen könnte. Sie schlägt vor in Selbsthilfegruppen zu gehen und dort Kontakte zu knüpfen mit Leuten, die sich mit dem Thema AD(H)S auskennen. Des Weiteren ist für die Erzieherin wichtig, dass man aufgeklärt wird in Kindertagesstätten, wie man solchen Kindern Anforderungen stellt, dass sie es als Aufforderung verstehen, dass man dem Kind etwas Gutes tun möchte und allgemein, wie man mit Kindern mit AD(H)S umgehen sollte. Meine Probandin hatte eine Praktikantin, die Formulierungen mitgebracht hat, die den Druck aus der Anforderung nehmen. Man merkt im Interview mit der Erzieherin immer wieder, dass sie auf das Thema Kindergarten ein wenig zurück fällt und das Thema AD(H)S nicht so präsent ist. Allerdings sagt sie auch immer wieder etwas zu dem Thema und hat auch ihre eigene Meinung darüber. Nun komme ich zu der Frage „Glauben Sie, dass der Begriff AD(H)S vorschnell oder auch zu oft genutzt wird?“. Ich beginne zunächst mit der

Erzieherin. Sie hat mir geschildert, dass sie im Radio einen Bericht über das Thema gehört hat, in dem es darum ging, dass es AD(H)S im Kindergarten noch nicht gibt. In der Theorie wird das jedoch widerlegt, denn AD(H)S kommt nicht auf einmal wenn das Kind zehn Jahre alt ist, sondern ist auch schon vorher da, nur dass die Diagnose im ICD 10 erst ab sieben Jahren für zuverlässig gehalten wird (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Jedoch kann man eine Früherkennung von AD(H)S machen lassen, man muss dann das Kind genau betrachten, wie es sich verhält und ob sich die Symptome von AD(H)S im Laufe der Zeit verstärken, bis man dann eine endgültige Diagnose machen lassen kann (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Nach der Meinung dieser Probandin geht AD(H)S erst in der Schule los, und das was im Kindergarten als solches diagnostiziert wird, ist nur unerzogen, Unverständnis oder alte Verhaltensmuster, die in gewohnter Weise vielleicht nicht mehr erfüllt werden. Dadurch dass in der Schule erhöhte Anforderungen herrschen, wird AD(H)S dort laut der Erzieherin häufiger diagnostiziert. In unserem Gespräch kam es mir so vor, als wenn sie die Schule als Auslöser für diese Störung sieht. Sie ist auch der Meinung, dass der Begriff AD(H)S vorschnell in den Mund genommen wird, nur weil ein Kind mal aufgeweckter, impulsiver etc. ist als andere. Auch der Auszubildende ist der Meinung, dass dieser Begriff zu schnell in den Mund genommen wird. Er spricht aus eigener Erfahrung. Der Bruder seiner Freundin ist oft hibbelig und aufgedreht, was er als anstrengend empfindet. Vor Allem wenn viele Leute da sind, zeigt der Bruder dieses Verhaltensmuster und der Proband und seine Freundin werden beim Spazieren mit dem Bruder auch oft angesprochen, ob sie ihn nicht mal auf AD(H)S testen lassen wollen und ob er es nicht vielleicht doch hat, weil er immer so aufgedreht ist. Aber er hat es nicht, so mein der Auszubildende. Es wurde bestätigt. Bei der Aussage dieses Probanden sieht man, dass nur der impulsive Typ mit AD(H)S als AD(H)S angesehen wird. Die Bevölkerung kennt nur die extremen Fälle, wenn Kinder mal ausrasten. Auch der Vorsitzende der AD(H)S Selbsthilfegruppe sieht es so, dass der Begriff zu schnell und auch zu oft genutzt wird, allerdings muss man es aus verschiedenen Perspektiven sehen. Es gibt Firmen und Institutionen, die Geld damit machen wollen und nutzen dann die Stimmung (in welche Richtung auch immer) zu AD(H)S aus, um davon zu profitieren. Der Vorsitzende hat mir erzählt, dass es viele Lehrer gibt die

vorschnell sagen, das Kind hat AD(H)S, weil es so impulsiv, laut und aufgeweckt sei. Aber das geschieht nur, weil nur solche Fälle bekannt werden, wo vielleicht ein Kind mit AD(H)S ausgerastet ist, dabei sind es gerade mal vier bis sechs Prozent der Kinder zwischen 6-18 Jahren, die betroffen sind.

Daraufhin habe ich ihm erzählt, dass ich in einem Bericht gelesen habe, dass die Diagnosen von 2006-2011 auf 42% gestiegen sind. Und daraufhin erzählte er, dass man immer nochmal nachforschen soll, ob diese Zahl wirklich stimmt, weil Medien unsere Gesellschaft und eigene Meinung beeinflussen. Natürlich sind heutzutage nach außen mehr Kinder zu sehen, aber die sind nicht plötzlich mehr geworden, sondern waren schon immer da. Allerdings waren sie unentdeckt, weil die Eltern nicht wussten, was mit ihren Kindern war, und durch die verbesserte Aufklärung gehen auch mehr Eltern zu Ärzten. Deshalb gibt es auch diesen enormen Zuwachs an AD(H)S-Betroffenen.

Als nächstes wollte ich wissen, wie meine Probanden zu dem Thema AD(H)S stehen. Der Auszubildende steht dem Thema recht vorbehaltlos gegenüber. Für ihn ist es eine Krankheit und man muss mit den Menschen, die es haben umgehen können und sie verstehen. Im Gegensatz dazu ist die Erzieherin der Meinung, dass es keine Krankheit ist, sondern eine Störung. So steht es auch im ICD 10. Dort wird es als „*Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend*“ (www.icd-code.de) beschrieben. Und deshalb findet die Erzieherin, dass man ständig mit den Eltern im Gespräch sein sollte und die vielleicht in Selbsthilfegruppen oder ähnliches gehen sollten, um sich mit anderen Eltern austauschen zu können. Des Weiteren sollte das Kind in Therapie gehen, aber die Probandin ist dagegen, dass man dagegen Medikamente nehmen sollte, da das Kind dann nicht erlebt, dass es selbstverantwortlich mit dem, was es nicht so kann wie andere, umgehen kann. Sie findet, dass man auch, wenn man anders ist, lernen sollte eigenverantwortlich damit umzugehen, damit es auch andere achten können. Auch die Gesellschaft, das Umfeld des Kindes und die Eltern sollten danach schauen, was das Kind braucht, wo die Ursachen für das Fehlverhalten oder die Verhaltensauffälligkeit liegen und was man selber tun kann, damit es dem Kind besser geht. Für den Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg war es anfangs, als sein Sohn die Diagnose AD(H)S bekommen hat, wie ein Schock, aber auch wie eine Erlösung, weil sie nun

wussten, dass sie als Eltern nicht versagt haben, sondern dass es auch Mittel und Wege gibt, die sie beeinflussen können, wenn sie sich ein wenig umstellen. Er und seine Frau habe es aber im Laufe der Zeit akzeptiert, dass ihr Sohn diese Verhaltensstörung hat und es solche Störungen gibt, und dieser Schritt war sehr wichtig. *„Und deswegen sehe ich das eigentlich auch so, wenn man sich dem offen gegenüberstellt, kann man vieles dabei erreichen halt, auf positive Art.“* (Interview mit dem Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg), so der Proband. Heutzutage, nachdem er sich 12 Jahre mit dem Thema AD(H)S beschäftigt hat, sieht er es als Chance für Kinder und Jugendliche, weil diese sich auch mal etwas trauen, ohne zu viel über etwas nachzudenken. Und dass sich AD(H)S-ler auch mal etwas trauen, was sich ein „normales“ Kind vielleicht nicht trauen würde, sieht der Vorsitzende der Selbsthilfegruppe als Fortschritt und das ist vielleicht eine Chance für die Gesellschaft, damit sie vorankommt.

Mich auch interessierte auch, wie sich verschiedene Menschen einen Betroffenen von AD(H)S vorstellen. Daher habe ich meine Probanden das auch gefragt. Da der Auszubildende kaum etwas über AD(H)S weiß, wusste er auch nicht, wie er einen Betroffenen beschreiben soll. Er hat es dann anhand einer Beschreibung seines Kollegen gemacht, da dieser AD(H)S hat. Der Proband hat mir erzählt, dass sein Kollege eigentlich komplett normal ist. Allerdings hat dieser kurzzeitig bei einer Freundin gewohnt und die hat meinem Interviewpartner erzählt, dass es sehr anstrengend war, da sie sich zu dem Zeitpunkt eine Ratte geholt hatte und der Kollege diese ständig haben wollte und immerzu etwas gefragt hat, ob sie dies oder jenes machen können. Der Kollege war total aufgedreht, und so stellt sich der Proband auch einen AD(H)S-ler vor, dass die nur am rumzappeln sind und keine Ruhe haben. Für die Erzieherin ist AD(H)S äußerlich auf den ersten Blick nicht sichtbar. Für sie sind es ganz normale Kinder, wie andere auch. Außer dass Kinder mit AD(H)S bei einer Forderung, die sie vielleicht überfordert in dem Moment, mit einer Reaktion reagieren, mit der man nicht gerechnet hat. Aber diese Reaktion muss man so nehmen, dass er jetzt keinen anderen Lösungsweg hat, es also als Hilferuf interpretieren sollte. Betroffene von AD(H)S können sich nicht lange konzentrieren, nicht so viel wahrnehmen und können nicht allzu lange aufmerksam sein. Deshalb sollte man von diesen Kindern nur Sachen fordern,

die sie auch können, damit es nicht zu Ausbrüchen kommt oder zu Wut oder vielleicht auch Aggressivität. Außerdem sind AD(H)S-ler ein bisschen lauter als Kinder, die es nicht haben und sie brauchen auch ein bisschen mehr Bewegung. Als sehr gutes und auch reales Beispiel wirkt dagegen die Antwort von dem Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg, weil er selbst und sein Sohn davon betroffen sind. Er erklärt mir anhand seines Sohnes, wie ein Betroffener ist. Als dieser noch ein Baby war hat er sehr viel geschrien und geweint, das sind die sogenannten Schreibabys. Außerdem gab es Probleme beim Essen, mit dem Schlafenszeiten u.a. Diese Probleme ziehen sich durch das ganze Leben. Sein Sohn konnte sich auch nie lange konzentrieren, es sei denn es hat ihn interessiert, dann konnte er sich stundenlang mit dem Thema beschäftigen. So hatte der Sohn des Vorsitzenden mal eine Dinophase und eine Löwenphase. Auf Sachen, die AD(H)S-ler mögen, können sie sich sehr lange konzentrieren und sich damit beschäftigen. Des Weiteren muss man AD(H)S in verschiedene Typen unterscheiden. Es gibt zum einen den vorwiegend hyperaktiven Typen, der sehr zerstreut und impulsiv ist und mit seinen Antworten einfach so hereinplatzt und zum anderen gibt es den sogenannten Träumer. Und so ein Träumer ist der Sohn meines Interviewpartners eher. Er war sehr verträumt, kaum ansprechbar, man musste ihn anfassen oder auch mal lauter werden, damit er einen wahrnimmt. Und da es verschiedene Formen von AD(H)S gibt, kann man nicht alles in einen Koffer packen und sagen, dass es AD(H)S ist, sondern man muss genau gucken. Anhand der Beschreibungen, wie sich meine Probanden einen Betroffenen von AD(H)S vorstellen, hat meine Vermutung bestätigt, dass Menschen, die kaum bis gar kein Wissen darüber haben einen Betroffenen hauptsächlich als laut, aufgedreht, hibbelig, zappelig etc. beschreiben.

Und zum Abschluss meiner Interviews hat es mich noch interessiert, was meine Probanden zu der Frage „Ist AD(H)S eine Krankheit oder eher eine Modeerscheinung?“ glauben. Über die Antwort des Auszubildenden war ich ein wenig überrascht, da ich mit einer anderen Antwort gerechnet hatte. Zunächst findet er es schwer zu sagen, weil es seiner Meinung nach Menschen gibt, die es so auslegen, als wenn sie AD(H)S haben, es aber eigentlich gar nicht haben. Und die Menschen, die es haben *„die sind halt richtig, auf gut Deutsch gesagt, am Arsch.“* (Interview mit einem Auszubildenden zum Werkzeugmechaniker),

so der Proband. Er stellt sich es ziemlich schwierig vor, damit umzugehen, es sei denn man bekommt Tabletten. Abschließend sagt er, dass es eine psychische Krankheit ist, und die kann man nicht einfach als Modeerscheinung darstellen. Aber auf der anderen Seite ist er auch der Meinung, dass nicht alle Diagnosen stimmen, weil sich auch Ärzte und Psychologen irren können und es seiner Meinung nach bestimmt auch Eltern gibt, die davon überzeugt sind, dass ihr Kind AD(H)S hat und dann zum Arzt gehen bzw. einen Arzt finden, der ihnen das bestätigt. Eine Meinung, die ich auch bei dem Auszubildenden vermutet hätte, hat die Erzieherin. Für sie ist AD(H)S eine Modeerscheinung, denn wenn man nicht in den gesellschaftlichen Rahmen passt oder ein bisschen abweicht, wird meist gleich therapiert. Die Gesellschaft erlaubt es nicht, wenn man heutzutage anders ist als alle anderen, so die Erzieherin. Aber gerade dieses Anderssein, was eine Herausforderung für alle ist, ist interessant und spannend für die Erzieherin. Sie ist auch der Meinung, dass AD(H)S ein zu sehr hochgeschaukeltes Thema ist in der heutigen Zeit und die Gesellschaft gerne nur normenhafte Menschen hätte, die davon nicht viel abweichen. Z.B. darf man nur rennen und toben, wenn der Raum dafür da ist, sonst nicht. Aber wenn man diese Störung oder Auffälligkeit hat, dann ist man nun mal impulsiv oder sagt gleich was, weil man kein anderes Mittel hat. In den Augen der Erzieherin sollte man mehr aufeinander eingehen, zugehen und auch mal Verständnis zeigen. Die Gesellschaft muss aufgeklärter sein, damit sie auch wirklich mehr aufeinander zugehen, mehr zuhören und hören, wie es dem anderen geht. Und im Gegenzug dazu kommt die Meinung des Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe, der für mich in den Interviews der Experte dafür ist. Er sagt, dass es im Grunde eine Krankheit ist, weil es sie schon immer gab und nicht erst in der Moderne entstanden ist. Der Proband bezieht sich dabei auf Heinrich Hoffman, der den Struwpeter geschrieben hat. Dort beschreibt er 1848 schon klare Symptome des AD(H)S, z.B. das Träumchen, die Traumsuse, den Zappelphilipp, den Struwpeter, etc. Hoffman war ein Nervenarzt und hat die Symptome von Kindern, die er behandelt hat, in diesem Buch zusammengeführt. Es ist also keine Modeerscheinung. Was der Vorsitzende der Gesellschaft allerdings anrechnet ist, dass sie heutzutage viel schnelllebiger geworden ist. Das Computerzeitalter und das immer mehr werdende Fernsehen beeinflussen die Symptome von AD(H)S. Viele glauben, dass der

Medienkonsum ursächlich für solche Störungen ist, aber damit liegen sie falsch. Ursächlich für AD(H)S ist eine Stoffwechselerkrankung und durch einen hohen bzw. extremen Medienkonsum werden die Symptome noch verstärkt. Brandau, Kaschnitz und Pretis erklären, dass AD(H)S dadurch entsteht, da es eine Fehlsteuerung auf der Dopamin-Noradrenalin-Serotonin-Achse gibt. Es wird den Neuronen erschwert auf den Neurotransmitter Dopamin normal zu reagieren, das bedeutet, dass es den Betroffenen z.B.: schwer fällt lange auf einem Stuhl still zu sitzen.

Alles in allem bin ich mit meinen Interviews sehr zufrieden. Die Probanden haben auf jede meiner Fragen geantwortet und waren sehr offen und freundlich in ihrer Art. In meinem nächsten und letzten Schritt komme ich zum Fazit dieser Bachelorarbeit. Dort gehe ich noch einmal auf die Interviews ein und lasse meine eigene Meinung/ Haltung und Erfahrungen mit einfließen, um letztendlich die Forschungsfrage dieser Arbeit zu klären „AD(H)S- Ist es eine „Krankheit“ oder wird es mehr und mehr zur Modeerscheinung?“:

4. FAZIT

Laut dem ICD 10 ist AD(H)S eine Verhaltensstörung, die meist in den ersten fünf Lebensjahren auftritt (vgl. www.icd-code.de). Es gibt viele verschiedene Ursachen dafür: genetische, neuroanatomische, neurochemische und auch Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien können ursächlich für AD(H)S sein. Die meist bekannte Ursache ist, dass es eine Stoffwechselstörung ist, d.h. dass der Gencode für Dopaminrezeptoren defekt ist und da Dopamin ein wichtiger Botenstoff im Zentralnervensystem ist, welcher mit vielen psychologischen Prozessen (Wahrnehmung, Denken, Fühlen) im Zusammenhang steht, fällt es Menschen mit AD(H)S z.B. schwer sich auf viele Sachen gleichzeitig zu konzentrieren oder über einen längeren Zeitraum stillzusitzen (vgl. Brandau/Kaschnitz/Pretis 2006). Zu Beginn dieser Arbeit bin ich auf die Ursachen und Einflussfaktoren von AD(H)S genauer eingegangen, damit ich eine genau Vorstellung davon habe, wie dieses Störungsbild entsteht und wo die Ursachen dafür liegen. Des Weiteren habe ich mich auch damit beschäftigt, welche Erklärungskonzepte es für AD(H)S gibt. Aber zu Beginn dieser Arbeit

hatte ich noch eine etwas andere Meinung, ob AD(H)S Modeerscheinung oder „Krankheit“ ist als jetzt am Ende dieser Arbeit. Mir war von Anfang an bewusst, dass es AD(H)S wirklich gibt, aber ich war eher der Meinung, dass die Gesellschaft es zu einer Modeerscheinung werden lässt, weil man oft gehört hat, dass wenn ein Kind etwas lauter oder aufgeweckter ist als andere, dass dort meist schon die Bezeichnung AD(H)S fällt, obwohl es das wahrscheinlich gar nicht hat. Deshalb habe ich für mich die These aufgestellt, dass die Gesellschaft kaum bis gar nichts über diese Verhaltensstörung weiß und es wahrscheinlich auch noch zu wenig Aufklärung darüber gibt. Ich bin auch der Meinung, dass Kindergärten noch zu wenig darüber wissen und nicht sehr gut auf solche Kinder vorbereitet sind. Natürlich gibt es auch Ausnahmen, aber ich vermute, dass der Hauptteil der Gesellschaft und der Kindergärten zu wenig Wissen über AD(H)S hat. Dabei ist es vor allem auch für Kitas wichtig, dass sie sich damit auskennen, um diese Kinder dementsprechend auch fördern zu können und sie nicht zu überfordern. Eine weitere These war, dass die Gesellschaft Vorurteile gegenüber AD(H)S-lern hat, sprich dass, wenn man sie fragt, wie sie sich einen Betroffenen vorstellen folgende Zuschreibungen kommen: hyperaktiv, impulsiv, zerstreut, unaufmerksam, unberechenbar, streitsüchtig, störrisch, unkonzentriert, laut, zapplig, hibbelig etc. Um herauszufinden, ob meine Thesen stimmen habe ich drei Interviews mit drei verschiedenen Menschen geführt. Ich habe eine Erzieherin, einen Auszubildenden von Webasto und den Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe Neubrandenburg interviewt. Diese drei Personen sind für mich Vertreter verschiedener Gruppen, die Erzieherin soll die Kindertagesstätten vertreten, der Auszubildende ist ein Vertreter der Gesellschaft und der Vorsitzende der AD(H)S Selbsthilfegruppe steht für die Menschen, die AD(H)S haben und für Menschen, die es nicht haben, sich aber mit dem Thema beschäftigen und auskennen. Natürlich ist mir bewusst, dass die Aussagen meiner Probanden nicht für alle Kitas oder die ganze Gesellschaft gleich sind, aber ich denke schon, dass sie sich im großen und ganzen ähneln werden. In meinen Interviews sind mir viele Dinge bei den Probanden aufgefallen, die einige Vermutungen bestätigen.

Das Interview mit der Erzieherin hat am längsten gedauert. Bei ihr ist mir aufgefallen, dass sie eigentlich nie direkt über AD(H)S gesprochen hat, sondern

immer sehr darauf bedacht war, wie es im Kindergarten für verhaltensauffällige Kinder sein sollte. Natürlich hat sie schon mal etwas darüber gelesen und sich in einem Referat mit dem Thema AD(H)S beschäftigt. Des Weiteren hat sie im Fernsehen auch mal einen Film darüber gesehen. Sie hat immer wieder davon gesprochen, dass es nur ein Verhaltensmuster ist, welches man auch aufbrechen kann. Aber dafür muss man die Ursachen erforschen, warum das Kind so ist und dann kann man sich auf das Kind einstellen und anders mit ihm arbeiten. Es kam mir anfangs so vor als wenn die Erzieherin der Meinung ist, dass man mit der richtigen Erziehung AD(H)S verhindern kann und es nur ein Verhaltensmuster des Kindes ist, welches es sich angeeignet hat, damit sie z.B. Aufmerksamkeit bekommen. Sie ist sogar der Meinung, dass es vielleicht einfach nur unerzogene Kinder sind „...*, ich sag jetzt mal in Anführungsstrichen unerzogene Kinder,...*“ (Interview mit einer Erzieherin/ Leiterin einer Kita). Unter anderem solche Aussagen zeigen, dass es in Kindertagesstätten noch zu wenig Aufklärung über das Thema AD(H)S gibt. Natürlich ist es so, wenn man noch nie so ein Kind in der Einrichtung hatte und sich nicht mit dem Thema auseinandersetzen musste, dann beschäftigt man sich auch nicht freiwillig mit dem Thema. Allerdings bin ich der Meinung, dass Erzieherinnen und Erzieher sich mit AD(H)S beschäftigen sollten, weil es kann immer mal sein, dass Kinder diese Verhaltensstörung haben. Und wenn man dann plötzlich so ein Kind in der Gruppe hat, weiß man erst einmal nicht, was man nun machen soll. Wie gehe ich mit dem Kind um? Was braucht es, damit es sich weiterentwickeln kann? Und wenn man sich vorher schon mal mit dem Thema beschäftigt hat, geht man viel sicherer an die Arbeit und dem Kind ist damit nur Gutes getan. AD(H)S sollte in den Fachschulen und Hochschulen, wo Erzieher, Erzieherinnen, Kindheitspädagogen und Kindheitspädagoginnen ausgebildet werden auch zum Thema gemacht werden. Ich weiß von dem Interview mit dem Vorsitzenden der AD(H)S Selbsthilfegruppe, dass dieses Thema in dem Fach Sonderpädagogik angeschnitten wird, aufgrund des ICD 10. Ich bin dieser Meinung, weil ich finde, dass sowohl Erzieher als auch Kindheitspädagogen darauf vorbereitet sein sollten, damit Kinder mit AD(H)S schnellstmöglich vernünftig betreut, gebildet und erzogen werden können und sich die pädagogischen Fachkräfte nicht erst noch einem Lehrgang unterziehen müssen oder sonstiges. Ich finde es gut, dass AD(H)S in der Hochschule

Neubrandenburg zum Thema gemacht wird. In meinem Studiengang Early Education wird es ausführlich behandelt, sodass man weiß, was für Ursachen es dafür gibt und wie dieses Störungsbild abläuft und was für Anzeichen es gibt, wenn jemand AD(H)S hat. Und das Interview mit der Erzieherin ist meiner Meinung nach ein gutes Beispiel dafür, dass man noch mehr Aufklärung über AD(H)S betreiben sollte. Sie war unter anderem auch der Meinung, dass es im Kindergarten gar kein AD(H)S gibt, sondern dass es erst in der Schule losgeht, das habe sie in einem Radiobericht gehört. Jedoch weiß man, dank des ICD 10, dass AD(H)S schon in den ersten fünf Lebensjahren auftritt. Und auch dank dem Interview mit dem Vorsitzendem der AD(H)S Selbsthilfegruppe, weiß ich, dass man AD(H)S schon vorher feststellen kann, da sein Sohn mit zweieinhalb Jahren in der Kita aufgefallen ist und sie dann zu einer Psychologin gegangen sind, die verhaltensauffällige Kinder in der Kita begutachtet und diese hat damals festgestellt, dass sein Sohn AD(H)S hat.

Aber das was in der Kita als AD(H)S diagnostiziert wird, ist für die Erzieherin nur unerzogen, Unverständnis oder ein altes Verhaltensmuster, das in gewohnter Weise vielleicht nicht mehr erfüllt wird. Ihrer Meinung nach entsteht AD(H)S erst in der Schule, weil dort erhöhte Anforderungen bestehen, die das Kind überfordern: *„Aber ob es dann auch wirklich daran liegt, dass die Hirnströme nicht so funktionieren oder weiß ich irgendwas oder ob die Anforderung nicht doch vielleicht dem Entwicklungsstand nicht entsprochen hat.“* (Interview mit einer Erzieherin/ Leiterin einer Kita). Man merkt im Verlaufe des Interviews, dass für sie AD(H)S eher eine Modeerscheinung ist und bei vielen wahrscheinlich nur alte Verhaltensmuster sind, die nicht aufgebrochen wurden bzw. das es unerzogene Kinder sind, aber trotzdem weiß sie auch dass es eine Störung ist, die es wirklich gibt. Spannend fand ich als ich sie gefragt habe, wie sie sich einen Betroffenen von AD(H)S vorstellt. Hier spricht sie nicht mehr von dem Kind, wie in dem Gespräch vorher auch, sondern sie spricht immer von „er“. Beispiele dafür sind : *„Aber er wird auch, vielleicht nicht so lange konzentrieren können...,er muss sich ja nicht jeden Baum merken. Es reicht ja, wenn er dann die Aufgabe bekommt...“* (Interview mit einer Erzieherin/ Leiterin einer Kita) usw. Hier wird deutlich, dass AD(H)S eher bei Jungen verbreitet ist als bei Mädchen und das weiß die Erzieherin auch und macht es, wahrscheinlich unterbewusst, deutlich mit ihrer Formulierung. Dazu ist zu

sagen, dass von AD(H)S wirklich meist die Jungs betroffen sind, was aber nicht bedeutet, dass nicht auch Mädchen es haben können. Sie können es genauso gut haben, wie die Jungen auch. Als ich im Jahre 2012 in dem AD(H)S Ferienlager als Betreuerin gearbeitet habe, konnte ich auch feststellen, dass viel mehr Jungen da waren als Mädchen, aber es waren eben auch viele Mädchen da. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass Mädchen kein AD(H)S bekommen können. Im ganzen Interview mit der Erzieherin wird für mich deutlich, dass sie zwar weiß, dass es AD(H)S als Störung gibt, es für sie aber eher eine Modeerscheinung ist, welche von der Gesellschaft zu hochgeschaukelt wird. Man darf in der heutigen Gesellschaft nicht mehr anders sein und deshalb sollte die Gesellschaft mehr aufgeklärt werden, damit sie mit AD(H)S umgehen kann. Des Weiteren ist, wie schon mal geschrieben, AD(H)S für die Erzieherin eher ein Verhaltensmuster, von dem man die Ursachen erforschen muss, damit man dieses Muster aufbrechen kann. Es hört sich oft bei ihr so an als wenn AD(H)S heilbar wäre, aber das ist es nicht. Die Betroffenen können nur lernen damit umzugehen.

Im Gegensatz zu dem Interview mit der Erzieherin, war das Interview mit dem Auszubildenden am kürzesten. Bevor ich dieses Interview geführt habe, dachte ich mir schon, dass es nicht so lange gehen würde, aber ich war auch darauf gefasst, dass es vielleicht auch ein längeres Gespräch wird. Meine These, dass die Gesellschaft nichts von AD(H)S weiß und das sie Vorurteile demgegenüber haben, hat sich mit diesem Interview bestätigt. Der Auszubildende hat bis jetzt kaum etwas über AD(H)S gehört und hat persönlich auch noch keine weitere Erfahrung damit gemacht, außer einem Kollegen von ihm kennt er niemanden der AD(H)S hat. Und dieser, erzählt er mir, wirkt auf ihn immer sehr ruhig und normal, was wahrscheinlich dadurch kommt, dass er Tabletten nimmt. Denn wenn diese nachlassen wird er sehr hibbelig und aufgedreht. Somit hat sich meine erste Vermutung, dass die Gesellschaft kaum bis gar nichts davon weiß, bestätigt. Aber der Auszubildende findet selber, dass es über dieses Thema noch viel mehr Aufklärung geben sollte und dieser Meinung bin ich auch. *„Na das ist Aufklärung mit Krankheit umzugehen. Das ist immer wichtig find ich.“* (Interview mit einem Auszubildenden zum Werkzeugmechaniker), so der Auszubildende, und ich finde er hat recht, die Gesellschaft muss weiter über diese Krankheit aufgeklärt werden, damit die Vorurteile gegenüber AD(H)S-

Betroffenen weniger werden und nicht gleich jedes Kind, was vielleicht ein bisschen aufgeweckter oder impulsiver ist als andere, abgestempelt wird als „Zappelphilipp“. Dieser Begriff wird gerne als Zuschreibung für einen AD(H)S Betroffenen genutzt. Auch fällt in dem Interview mit dem Betroffenen auf, dass er einige Male den Begriff „normal“ verwendet. Da stellte sich mir die Frage, ist eine Betroffener von AD(H)S nicht normal? Normal ist so ein abstrakter Begriff, den man nicht unbedingt oft nutzen kann, denn was ist schon normal? Es gibt dank der Gesellschaft eine Norm, an die sich alle halten müssen, z.B. wird erst die Vor- und Hauptspeise gegessen bevor der Nachtisch kommt. Und wenn man jetzt vielleicht erst den Nachtisch isst und sich dann einen Hauptgang bestellt, wird man ein wenig komisch angeguckt, weil es eigentlich nicht üblich ist, erst den Nachtisch zu essen. Aber wenn jemand Lust hat erst seinen Nachtisch zu essen dann soll man ihn doch lassen, es ist doch nichts Verwerfliches dran. Und ob ein AD(H)S-ler normal ist oder nicht, wer legt das fest? Ein Betroffener von AD(H)S kann sich auch normal finden und Menschen, die diese Störung nicht haben findet er unnormal. Ich finde es schwierig den Begriff „normal“ zu verwenden, da alles normal, aber auch unnormal sein kann. Ich vermute aber, dass der Auszubildende diesen Begriff nur gewählt hat, weil der Kollege sich wie alle anderen verhält und seine Arbeit ordnungsgemäß verrichtet; wenn jetzt allerdings die Tabletten nachlassen und der Kollege wieder hibbeliger und aufgeweckter wird, ist es eine andere Verhaltensweise, die eigentlich kaum ein Mensch an den Tag legt und er wirkt dann anders, was einen schnell dazu verleiten lässt zu sagen „Der ist nicht normal“.

Im ganzen Interview kam mir mein Proband sehr verständnisvoll vor, auch auf die Frage hin wie er eigentlich zu dem Thema steht, hat er geantwortet, dass er recht vorbehaltlos demgegenüber ist und es für ihn eine Krankheit ist und keine Modeerscheinung, weil es eine psychische Krankheit ist und die kann man nicht als Modeerscheinung hinstellen, so der Auszubildende. Für ihn ist es vollkommen klar, dass es AD(H)S gibt und es nicht nur eine kurzlebige Erscheinung sei. Aber auch seine Vorstellungen, wie ein AD(H)S Betroffener ist, bestätigen meine Vermutung, dass nur der hyperaktive Typ bekannt ist. Allerdings scheint sein Kollege auch eher diese Form von AD(H)S zu haben, da er kurz beschreibt wie dieser ist. Sein Kollege hat mal kurz bei einer Freundin gewohnt, die eine Ratte hat und sie hat erzählt, dass er total anstrengend war

und immerzu gefragt hat, ob er die Ratte haben kann oder ob er dies oder jenes machen kann. Und so stellt der Auszubildende sich auch einen Betroffenen vor, dass die nur am rumzappeln sind und keine Ruhe haben. Aber auf meine Frage hin, ob er auch glaubt, dass AD(H)S-ler aggressiv sind, hat er gesagt, dass er das noch nie gehört hat. Interessant fand ich, dass der Auszubildende der Meinung ist, dass es einige Leute gibt, die sagen, dass sie AD(H)S haben, es in Wirklichkeit aber nicht haben und dass es Eltern gibt, die darauf pochen, dass ihr Kind diese Störung hat und dann zu einem Arzt gehen oder einen finden, der ihnen das bestätigt. Ehrlich gesagt, kann ich mir nur schwer vorstellen, dass jemand von sich aus behauptet, er habe AD(H)S. Weil ich glaube kaum, dass jemand diese Störung haben möchte und es toll findet, wenn er sich nicht lange konzentrieren kann. Aber dass es wahrscheinlich Eltern gibt, die so überzeugt davon sind, dass ihr Kind AD(H)S hat, das kann ich mir schon eher vorstellen. Ich habe in einem Bericht gelesen, dass Kinder von jüngeren Eltern 1,5mal mehr eine AD(H)S Diagnose erhalten, als Kinder von älteren Eltern (vgl. www.tagesspiegel.de). Das liegt wahrscheinlich daran, dass die jüngeren Eltern noch zu überfordert sind mit ihren Kindern. Aber vielleicht gibt es unter ihnen auch Eltern, die wirklich stark überfordert sind mit ihren Kindern und dann einen Arzt suchen, der ihnen Ritalin verschreibt, weil sie davon bestimmt schon mal etwas gehört haben und wissen, dass es die Kinder ruhig stellt. Was aber auch nicht ganz richtig ist, weil wenn das Kind kein AD(H)S hat dann wirkt das Ritalin eher wie ein Aufputzmittel und nicht beruhigend auf das Kind, da muss man sehr aufpassen. Wobei ich eigentlich nicht so für eine medikamentöse Behandlung bin, weil die Kinder ja irgendwo ein wenig in ihrem Selbstbild verändert werden. Wer sie wirklich sind, das sind sie, wenn sie keine Tabletten oder ähnliches nehmen. Aber im AD(H)S-Ferienlager wurde ich von einer Betreuerin, die selbst betroffen ist und von einem Kind eines anderen belehrt. Sie haben mir beide erzählt, dass sie sich mit den Tabletten viel besser fühlen, weil sie ruhiger sind und sich besser konzentrieren und aufmerksamer sein können. Der Junge (ca. 11 Jahre) hat mir erzählt, dass sein Papa einmal vergessen hat ihm die Tabletten zu geben und an dem Tag waren sie zum Angeln auf dem See. Er war so aufgeregt, zappelig und hat nicht darüber nachgedacht was er macht, dass er beinahe ins Wasser gefallen wäre und sich einmal aus Versehen den Angelhaken in den Finger gestochen hat. Seit diesem

Erlebnis vergisst er nicht mehr seine Tabletten selber zu nehmen und sein Papa vergisst nicht, ihn daran zu erinnern, dass er sie noch nehmen muss. Als ich diese Geschichten gehört habe, habe ich meine Meinung noch einmal überdacht und stehe dem Thema Ritalin ein wenig offener gegenüber - aber ganz überzeugt bin ich noch nicht.

Am Fachlichsten war mein letztes Interview, welches ich mit dem Vorsitzenden der AD(H)S-Selbsthilfegruppe von Neubrandenburg geführt habe. Man hat im ganzen Interviewverlauf gemerkt, dass er viel Ahnung von dem Thema hat und man hat auch seine Erfahrung gemerkt. Das Gespräch mit ihm war sehr angenehm, unter anderem wahrscheinlich auch, weil wir uns seit dem AD(H)S-Ferienlager kennen. Natürlich habe ich mir von dem Interview sehr viel erhofft und wurde auch nicht enttäuscht. Dadurch dass sein Sohn und er selbst AD(H)S haben, kennt er sich sehr gut mit dem Thema aus. Als die Diagnose bei seinem Sohn gestellt wurde, war er zunächst geschockt und hat nach Informationen über AD(H)S gesucht, aber kaum welche gefunden. Vor allem private Informationen gab es damals noch nicht, deshalb hat er im Internet die Selbsthilfegruppe AD(H)S gegründet und dann Leute angeschrieben und sie gefragt, wie sie bei dieser oder jener Situation reagieren und hat seitdem über 100 Geschichten gesammelt. Während des Interviews ist mir aufgefallen, dass der Vorsitzende sehr oft den Begriff „äh“ und „ne“ benutzt. Ich vermute, dass es zum einen vielleicht ein wenig Aufregung war und zum anderen sich vielleicht das AD(H)S merkbar gemacht hat. Aber trotz alledem verlief das Interview sehr flüssig. Als der Vorsitzende mir beschreiben sollte, wie er sich einen Betroffenen vorstellt hat er dies zunächst anhand seines Sohnes gemacht und mir gleich erklärt, dass es verschiedene Formen von AD(H)S gibt - den hyperaktiven Typ und das Träumerchen. Auch hier merkt man wieder, dass er weiß wovon er spricht und Wissen über AD(H)S hat. Wo ich allerdings ein wenig gestutzt habe, war als er mir erzählt hat, dass er AD(H)S-ler als Chance für Fortschritt in der Gesellschaft sieht. Der Proband findet, dass Betroffene von AD(H)S sich eher etwas trauen etwas zu machen, was sich Kinder, die kein AD(H)S haben vielleicht nicht trauen und deshalb findet er, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsenen mit AD(H)S ein wichtiger Bestandteil der Gesellschaft sind, damit diese vorankommt. Ich finde auch, dass diese Menschen ein wichtiger Bestandteil der Gesellschaft sind, aber in meinen

Augen ist jeder einzelne Mensch, der in der heutigen Gesellschaft lebt, ein wichtiger Bestandteil. Außerdem glaube ich, dass auch Kinder, die kein AD(H)S haben sich Dinge trauen, die vielleicht in einem Fortschritt für die Gesellschaft enden.

Als ich ihm davon erzählt habe, dass ich in einem Bericht gelesen habe, dass die Diagnosezahlen auf 42% gestiegen sind (vgl. www.tagesspiegel.de), hat er keineswegs abwertend reagiert, sondern meinte zu mir, dass Medien unsere Gesellschaft beeinflussen und man immer genau recherchieren muss und gucken, ob das auch wirklich stimmt. Denn in Wahrheit haben nur vier bis 6 Prozent der Kinder zwischen 6 und 18 Jahren AD(H)S - das sind mindestens ein bis zwei Kinder pro Klasse, und das ist nicht so viel wie man dank des Berichtes glaubt. Allerdings sind heutzutage nach außen hin wirklich viel mehr Betroffene von AD(H)S zu sehen als vielleicht vor 10 oder 15 Jahren. Diese Betroffenen sind aber nicht plötzlich mehr geworden, sondern es gab sie schon immer; nur im Laufe der Zeit wurde AD(H)S immer mehr bekannt. Dadurch gehen heute so viele Eltern mit ihren Kindern zum Arzt, und dann wird oft AD(H)S diagnostiziert, so der Vorsitzende. Seine Erklärungen und Antworten auf meine Fragen waren für mich sehr gut nachvollziehbar. Im Nachhinein ist mir bewusst geworden, wie Recht er damit hat, dass die Medien heutzutage alles beeinflussen. Man guckt jeden Tag Fernsehen, liest Zeitung oder geht ins Internet und meistens glaubt man auch alles, was man dort liest, sieht oder hört. Ich habe anfangs auch das geglaubt, was ich in dem Artikel aus dem Internet gelesen habe und war sehr froh, dass ich dem Vorsitzenden der Selbsthilfegruppe auch noch davon erzählt habe und er mich dann aufgeklärt hat.

Wie für den Auszubildenden auch, ist für ihn AD(H)S keine Modeerscheinung, sondern eine Krankheit, die es schon immer gab. Er argumentiert seine Aussage anhand von Heinrich Hoffman, der den Struwpeter schrieb. In diesem Buch, welches er 1848 geschrieben hat, beschreibt er klare Symptome von AD(H)S, wie das Träumerchen, die Traumsuse, den Zappelphilipp und den Struwpeter. Hoffman war früher Nervenarzt und die Symptome der Kinder, die er behandelt hat, in ein Buch zusammengefügt. Daran sieht man auch, dass AD(H)S keine Erscheinung der Moderne ist. Das einzige was man der

Gesellschaft anrechnen kann ist, dass sie schnelllebiger geworden ist, und dadurch das es heutzutage so viele Computerspiele und Fernsehsendungen etc. gibt, wird der Schweregrad von AD(H)S nochmal beeinflusst. Viele verwechseln diesen Medienkonsum als Ursache dafür, aber ursächlich für AD(H)S ist eine Stoffwechselerkrankung.

Alles in allem kann ich meine Forschungsfrage nur so beantworten, dass AD(H)S keine Modeerscheinung ist, aber es in einigen Köpfen der Menschen als solche gesehen wird. Dank der heutigen Zeit herrscht ein reger Informationsfluss, und so kann man einiges mehr über AD(H)S lesen als vielleicht vor 10 Jahren. Anfangs habe ich auch eher mit dem Gedanken gespielt, dass AD(H)S eine Modeerscheinung ist, da dieser Begriff heutzutage so schnell in den Mund genommen wird, ohne dass viele wahrscheinlich wissen, was AD(H)S eigentlich genau ist. Eine Modeerscheinung ist es definitiv nicht, da eine Modeerscheinung nur eine kurzlebige Erscheinung ist, die irgendwann nicht mehr da ist (vgl. www.duden.de). Und durch den ICD 10 wissen wir nun, dass AD(H)S eine Verhaltensstörung ist, die man entweder therapieren oder medikamentös behandeln kann. Meine Interviews haben mir viele meiner Thesen bestätigt, z.B. dass es heutzutage eigentlich noch zu wenig Aufklärung über das Thema gibt und sowohl Kindertagesstätten als auch Schulen und die Gesellschaft mehr Aufklärung brauchen, damit es zu keinen Missverständnissen kommt und die Kinder in Kita und Schule gut aufgehoben sind und auch der Verhaltensstörung entsprechend gut gefördert, erzogen und gebildet werden. Wenn es mehr Aufklärung über AD(H)S geben würde, würde es bestimmt auch nicht voreilige Schlüsse seitens der Gesellschaft geben, wenn sie mal ein Kind sehen, was ein bisschen lauter oder lebendiger ist als andere. Viele Kinder sind einfach aufgeweckt und impulsiv, und nur daran kann man nicht festmachen, ob jemand AD(H)S hat oder nicht. Als ich in dem AD(H)S-Ferienlager war habe ich die Kinder ganz normal wahrgenommen. Anfangs dachte ich auch „Oh Gott, das wird bestimmt so stressig, wenn die alle bloß rumrennen, laut, zappelig und hibbelig sind. Hoffentlich wird kein Kind aggressiv.“, aber ich habe mir ganz umsonst Sorgen gemacht. Kinder mit AD(H)S sind wie Kinder, die kein AD(H)S haben, außer dass sie sich manchmal nicht so lange konzentrieren können wie andere, oft mal unaufmerksam sind oder man sie aus ihren Tagträumen zurückholen muss. Ich bin auch der

Meinung, dass die Medien viel Schuld daran haben, dass die Gesellschaft ein ziemlich schlechtes Bild über AD(H)S und viele Vorurteile hat. Oftmals werden nur Fälle von AD(H)S veröffentlicht, in denen Kinder ausrasten, und die andere Seite der Verhaltensstörung wird vernachlässigt, wie die Träumerchen, die manchmal nicht ansprechbar sind, weil sie sich irgendwo festguckt haben. Wahrscheinlich lassen die Medien auch viele Menschen glauben, dass AD(H)S nur eine Modeerscheinung ist. Aber das ist es nicht, da es keine kurzlebige Erscheinung ist, sondern eine Verhaltensstörung, die schon immer da war. Und das sieht man auch dank dem Buch „Struwpeter“ von dessen Autor man heutzutage weiß, dass er ein Nervenarzt war, welcher die Symptome seiner Patienten in diesem Buch zusammengefasst hat. Allerdings müsste die Gesellschaft noch mehr aufgeklärt werden, wie ich schon mal geschrieben habe. Dann verschwindet vielleicht auch die Diskussion darüber, ob AD(H)S eine Modeerscheinung ist oder nicht.

5. QUELLENVERZEICHNIS

Brandau, Hannes/ Kaschnitz Wolfgang/ Pretis, Manfred: ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München 2006.

Freese, Fred: ADHS. Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivität- Syndrom. Powerpointpräsentation. Neubrandenburg 2013

Neuhaus, Cordula: ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen und Behandlung. Stuttgart 2012.

Neuy- Bartmann, Astrid: AD(H)S. Erfolgreiche Strategien für Erwachsene und Kinder. Stuttgart 2012

URL 1: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung> [Stand: 18.06.2013]

URL2: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Modeerscheinung> [Stand: 18.06.2013]

URL3: http://flexikon.doccheck.com/de/Corpus_callosum [Stand: 05.05.2013]

URL4: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F90.-.html?sp=Sadhs> [Stand: 01.05.2013]

URL5: <http://www.i-study.de/f4/Transkribieren.pdf> [Stand: 20.06.2013]

URL6: <http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales-mitglieder/tagung/2012-neue-bausteine/workshopa-teil1-jerg.pdf> [Stand: 18.06.2013]

URL7: <http://lexikon.stangl.eu/6346/striatum/> [Stand: 05.05.2013]

URL8: <https://www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte-in-methoden-der-qualitativen-sozial-unterrichts-und-schulforschung/datenauswertung/auswertungsmethoden/qual-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring.html> [Stand: 20.06.2013]

URL9: http://www.sonderpaedagogik-k.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06040400/downloads/sopaed2_ws0304_ads-adhs.pdf [Stand: 01.05.2013]

URL10: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/die-adhs-generation/7705534.html> [Stand: 25.06.13]

URL11: <http://www.uni-bielefeld.de/psychologie/ae/AE09/HOMEPAGE/Wild/ADSUrsachen.pdf> [Stand: 05.05.2013]

URL12: http://wlm.userweb.mwn.de/ilm_l6.htm [Stand: 20.06.2013]

URL 13: [http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/faqs.html?tx_irfaq_pi1\[cat\]=5&cHash=71e51a92763fcd67a2c0f43c6647ac27](http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/faqs.html?tx_irfaq_pi1[cat]=5&cHash=71e51a92763fcd67a2c0f43c6647ac27) [Stand: 05.05.2013]

6. ANHANG

6.1 INTERVIEW MIT EINER ERZIEHERIN/ LEITERIN EINER KITA

Ich: Okay, sind Sie schon mal mit dem Thema ADHS in Berührung gekommen?

Erzieherin: Ich musste schon mal ein Referat darüber halten. Aber ich hab persönlich noch keine Erfahrung mit Kindern mit ADHS gemacht, obwohl. Ich hatte mal ein Mädchen. In der Schule wurde ADHS diagnostiziert und im Kindergarten, ja, war eigentlich alles relativ unauffällig. Sie war auch mal etwas lauter oder etwas ungehaltener, aber nichts was man nicht irgendwo beherrschen konnte.

Ich: Also direkte Fälle gab es jetzt nicht?

Erzieherin: Nö, also im Kindergarten nicht.

Ich: Okay. Können Sie mir vielleicht sagen, was Sie so darüber wissen? Woher Sie das vielleicht wissen, welche Medien Sie genutzt haben?

Erzieherin: Also ADHS meist etwas aus Büchern, selbst angelesen. Aus dem Internet, Berichte im Fernsehen. Da gab es auch so einen schönen Film über einen Jungen, der ADHS hatte, aber ich hab ihn mir nicht bis zum Schluss ansehen können. Das war mir zu heftig.

Ich: Okay wo kam der?

Erzieherin: ARD glaube ich mal oder ZDF. Der kleine Zappelphilipp glaub ich hieß der Film auch. Aber ich konnte das nicht bis zum Schluss gucken. Die Reaktion der Lehrerin so, ja manchmal. Man sagt ja eigentlich, wenn man verhaltensauffällige Kinder hat, das was an Verhaltensauffallen da ist, richtet sich ja nicht gegen die Person, die es dann in dem Falle abkriegt. Man solls ja oder man nimmt es nicht persönlich, sondern es ist ja immer irgendwo nur ein Warnsignal, dass das Kind zeigen möchte es ist etwas nicht in Ordnung. Und ich finde, wenn man das so nimmt, dass es ein, als Warnsignal, dass etwas nicht in Ordnung ist kann man nach den Ursachen forschen. Und wenn man die Ursachen gefunden hat, kann man sich drauf einstellen. Und wenn man sich drauf einstellt, ist es ja auch wie so eine Gegenseitigkeit ne?! Man hilft sich ja

gegenseitig und geht auf die Person zu, man weiß um die Ursachen, kann gegen Ursachen was unternehmen, auch mit Eltern sprechen. Und dann ist es mit, eigentlich eine Gegenseitigkeit. Das Kind weiß, ich verstehe es, ich nehme Rücksicht und dann ändern sich auch die Verhaltensweisen.

Ich: Glauben Sie, dass das realitätsnah war der Film oder vieles auch aus der Luft gegriffen?

Erzieherin: Ich denke schon realitätsnah, also man hat oft, auch mal Kollegen, die sich mit der Thematik ADHS so auseinandergesetzt haben, dass es eine Krankheit ist, das dagegen was gemacht werden muss und das auch von den Kindern eine Gefahr ausgeht, dass man die nicht beherrschen kann. Aber wenn Kinder nachher um ihre Krankheit in Führungszeichen wissen und Ursachen kennen, kann man gemeinsam dran arbeiten. Aber es darf nicht nur so sein, das Kind kennt und weiß und der Erzieher oder die Fachkraft, der Lehrer, die erwachsene Person stellt nur Forderungen, die irgendwo abgearbeitet werden müssen oder erfüllt werden müssen nach Normen. Und Kinder sind nicht normativ.

Ich: Ja, sie sind alle unterschiedlich.

Erzieherin: Ja. Und wenn man entsprechend dem Entwicklungsstand, entsprechend dem was das Kind kann, Forderungen stellt. Fühlt es sich eigentlich auch angenommen und nicht überfordert erst bei Überforderung tritt ja sowas ein.

Ich: Fühlen Sie sich denn genügend aufgeklärt zu dem Thema jetzt auch so durch das ganze Umfeld oder vielleicht sogar durch die Ausbildung?

Erzieherin: Es bleibt immer irgendwo so ein Unsicherheitsfaktor, weil im Kindergarten hab ich noch keine Erfahrung mit solchen Kindern gemacht, vielleicht mit, ich sag jetzt mal in Führungszeichen unerzogenen Kindern, die nicht wissen, das ist meine Grenze oder das ist die Grenze, die im Team, in der Kindergruppe gesetzt wird. Die muss ich einhalten und dann geht es mir gut. Sondern dass es vielleicht mal so Kinder sind, die immer darüber weg und ne Erinnerung brauchen. Und dann wissen sie, oh ja okay so ist es dann ne. Aber wenn die Eltern dann auch nicht so richtig mitziehen und zu Hause nicht so richtig Grenzen setzen, sondern immer wieder nachgeben, werden

bestimmte Verhaltensmuster auch nicht aufgebrochen und dann bleibt das auch mit dem Verhaltensmuster irgendwo, es verfestigt sich ja dann immer mehr, wenn bestimmte Dinge: Ich fange an zu weinen und ich weine noch ein bisschen und ich bettel noch ein bisschen und Mutti kann das nicht mehr ertragen und dann bekomme ich das doch, was ich gerne möchte, statt Mutti Nein. Und das ist für mich kein Verhalten für ADHS oder irgendetwas, sondern das ist für mich ein sehr kompetentes Kind, das genau weiß, wie Mutti reagiert, wenn ich diese und diese Register ziehe, macht Mutti schon das, dass es mir gut geht. Also das ist für mich nicht irgendwie. Man kann viele Sachen mit Kindern regeln, wenn man darüber spricht, ihnen erklärt wieso, weshalb, warum, also praktisch sich die Zeit dafür nimmt. Wenn man jetzt eine Regel aufgestellt hat, z.B.: Man nimmt keinem Kind das Spielzeug weg, sondern man fragt „Darf ich es haben? Darf ich mitspielen?“ und man muss dann warten bis man die Antwort bekommt „Ja“ oder „Nein“. Und wenn es „Ja“ heißt, ist natürlich alles klar, aber ein „Nein“ zu akzeptieren ist immer schwierig und das andere Kind muss aber dann auch lernen zu sagen, warum jetzt nicht. Das es sagt „Nein ich brauche es noch, danach kannst du es haben.“ Wenn eine Aussicht dann besteht, ich bekomme es danach bin ich zufrieden und kann mich darauf einstellen. Bekomme ich nur ein „Nein“ und weiß nicht wie lange es noch dauern wird oder was damit nachher passiert, kann ich das nicht akzeptieren. Also muss auch wieder so eine Gegenseitigkeit sein, ich sage „Nein“ und begründe es, dann kann der andere das verstehen oder er kann nochmal nachfragen. Aber wenn beide diese Grenzen, Gesetze nicht anerkennen gibt es wieder Gerangel, dann heißt es wieder der Stärkere. Die Macht des Starken siegt dann ne. Ich, du, ich, ich hab es jetzt in der Hand und Schluss.

Ich: Wie wärs wenn es vielleicht mehr Informationen zu ADHS geben würde? Auch wenn man jetzt selbst nicht betroffen ist. Das es z.B.: mal in der Volkshochschule einen Kurs gibt, wo Betroffene oder nicht Betroffene, die sich dafür interessieren darüber aufgeklärt werden oder es vielleicht doch noch mehr in den Medien gibt.

Erzieherin: Es gibt ja immer so ein Für und Wieder. Einige sind dafür, auch wenn man so im Internet Diskussionen verfolgt. Einige sind dafür, dass es als Krankheit anerkannt wird, einige sagen es ist keine Krankheit, sondern eine

Störung. Und ja, wenn man um die Dinge weiß, wie so eine Störung entsteht, was im Gehirn abläuft, kann man es als Störung anerkennen und dann kann ich doch auch damit umgehen. Aber um dieses Umgehen, wie gehe ich damit um, wie verhalte ich mich, dafür müsste es irgendwie noch mehr Aufklärung geben. Oder das man sich vielleicht mit so einer Selbsthilfegruppe irgendwie, das man Kontakte sucht. Welche Erfahrungen haben Leute damit gemacht, wie kann so ein Gespräch aussehen. Manchmal sind es ja auch nur so Wortformulierungen. Wie stelle ich eine Forderung so, dass es nicht so von oben herab kommt, sondern dass es eine Forderung ist, die das Kind versteht, als Aufforderung, als das ich dem Kind etwas Gutes tun möchte mit der Aufforderung und nicht, dass es etwas ist, das musst du jetzt wieder machen. Man sollte Verständnisfragen stellen und das man es nochmal erklären kann, das man sich Zeit nimmt. Es geht ums gegenseitige Verstehen und Anerkennen. Ich hatte von Frau Kutzke, das war unsere andere Praktikantin, die hatte so bestimmte Wortwendungen mal mitgebracht. Das war so formuliert, dass es den Druck rausgenommen hat aus der Anforderung für das Kind. Oder das man auch immer, wenn jetzt etwas ausgesagt wurde nochmal nachgefragt hat, wie hast du das jetzt gemeint. Das man immer nochmal nachfragt. Das waren ganz tolle Formulierungen, die eine positive Grundstimmung hatten, so motivierend.

Ich: Glauben Sie, dass Begriff ADHS vorschnell oder auch zu oft genutzt wird in der heutigen Zeit? Weil ich habe letztens einen Artikel gelesen, da stand drin, dass sich die Betroffenenzahl ungefähr verdoppelt hat von 2006 bis 2011.

Erzieherin: Ich hatte letztens im Radio so einen Bericht gehört von einer Professorin, die auch damit zu tun hat. Und sie sagte auch eindeutig, dass im Kindergarten eigentlich ADHS gar nicht vorkommt. Da, wenn man einen Ansatz wählt, dass man wirklich das Kind nur so weit fördert oder fordert, wie der Entwicklungsstand das erlaubt, kann es eigentlich zu einer Überforderung nicht kommen. Also geht es erst in der Schule richtig los, dass Pläne, wie Lehrplan und dergleichen erfüllt werden müssen. Bis dann muss das und das Wissen da sein, um darauf aufzubauen und dann kommt der Druck und dann passiert es irgendwo. Aber ich glaube, was im Kindergarten als ADHS diagnostiziert wird, ist vielleicht doch nur unerzogen. Oder Unverständnis oder es sind wirklich noch alte Verhaltensmuster, die in der gewohnten Weise dann vielleicht nicht

mehr erfüllt werden und es dann ganz viel Kraft kostet, neue Verhaltensmuster aufzubauen, die dem Alter dann entsprechen.

Ich: Also praktisch, dass die Schule der ADHS-Auslöser ist? So würde ich das jetzt verstehen.

Erzieherin: Also Schule durch erhöhte Anforderungen, sag ich jetzt mal, anfälliger ist doof, aber in der Schule wird eher diagnostiziert, dass es ADHS ist. Aber ob es dann auch wirklich daran liegt, dass die Hirnströme nicht so funktionieren oder weiß ich irgendwas oder ob die Anforderung nicht doch vielleicht dem Entwicklungsstand nicht entsprochen hat. Ob man vielleicht nicht individueller unterrichten sollte oder die Methoden anders wählen sollte. Darüber müsste man irgendwo nachdenken. Wenn es jetzt so eine Störung ist, die gab es ja sicherlich zu jeder Zeit und klar wenn man so will Reizüberflutung, dass man jetzt nicht mehr so gut filtern kann. Der Fernseher läuft, dann ist noch irgendwo Computerspiel und dann soll ich auch noch auf die Rufe meiner Eltern hören, dass der Abendbrotstisch zu decken ist. Und alles soll ich irgendwo so registrieren und orten, ist dann schon viel. Wenn man noch irgendeinen Gedanken zu Ende bringen will und da hat man noch einen, den hat man gerade noch so aufgegriffen und dann soll noch was drittes gemacht werden. Dann ist es schon, dass man vielleicht, weil man auch mit sich selbst unzufrieden ist, das man nicht alles fertig hat, zu solchen cholерischen Ausbrüchen oder irgendwas nicht schafft. Und so bei kleineren Kindern, denke ich, ist es auch so, wenn ich wenig Aufmerksamkeit bekomme und ich bin jetzt vielleicht draußen leicht gefallen, fang ich erst mal ein bisschen an zu weinen und wenn man mich dann nicht erhört, dann schrei ich eben ganz laut. Und lautes Schreien habe ich als Baby schon gelernt, bringt immer Mutti zu mir und bringt immer Mutti, dass sie mich einmal streichelt und tröstet. Und wenn ich das jetzt aber nicht nötig habe, um meine Aufmerksamkeit zu brüllen, sondern dass ich gemeinsam mit Mutti den Abendbrotstisch decken kann, dass ich mit Mutti zusammen mal die Zeitung durch stöbere und gucke, dass ich diese Kontakte anders bekommen kann, hab ich das nicht nötig, solche Verhaltensmuster zu haben. Und ich denke, wenn Anforderungen wirklich so gesetzt werden, dass sie kindgerecht sind, altersgerecht, brauch ich das glaub ich nicht mit Ritalin und mit all diesen Sachen.

Ich: Nee da bin ich auch nicht so für. Aber wenn man jetzt z.B.: Kinder hat, die ein bisschen aufgeweckter sind als andere, wird der Begriff ADHS schon ziemlich schnell in den Mund genommen, finde ich.

Erzieherin: Genau und Kinder müssen doch auch ihrem Bewegungsdrang nachkommen dürfen. Sie können nicht immer nur brav und bieder in der Stube sitzen. Sie brauchen das Toben, das Balgen, das Kräfte messen. Sie brauchen dieses auch mal auf einen Baum klettern, um mal wirklich zu zeigen: „Ich kann schon so hoch und ich komm auch wieder runter.“, dieses (kurze Pause) was mit dem Baum klettern verbunden ist auch Eigenverantwortung für mein Handeln übernehmen. Und das wird sooft den Kindern abgenommen, dass sie nicht eigenverantwortlich handeln. Es wird oft gesagt: „Siehste hab ich dir gleich gesagt.“. Wie oft hat man das selber auch als Kind gehört, aber wenn ich jetzt meine, ich kann die Treppen alleine schon hoch und ich fall eben zwei Treppen runter. Dann brauche ich kein Kommentar von den Eltern. Ich bin schon zutiefst erschüttert. Dann kann ich auch als Elternteil geschickt aus einem Winkel nur schauen: Es ist nichts weiter passiert, das Kind rappelt sich wieder auf und steigt die Treppen allein hoch und ich kann es loben, wenn es oben angekommen ist und sagt: „Mensch das hätte ich jetzt gar nicht gedacht. Super! Ich bin stolz auf dich.“. Und diese kleine Panne mit dem Runterfallen, hab ich eben halt nicht gesehen.

Ich: Ja und aufgrund dessen, weil ADHS ja mehr dieses zapplige, hibblige ist, wär doch wahrscheinlich mehr Aufklärung gut. Ich weiß nicht, wie es in der Ausbildung aussieht, ob das überhaupt irgendwie angesprochen wird.

Erzieherin: Es wird bestimmt unter Verhaltensstörung mit angesprochen. Aber es gibt ja auch mehr Verhaltensstörungen und Auffälligkeiten, sodass ADHS schon ein Thema, denke ich, in der Ausbildung ist, was aber für mich noch viel schlimmer ist sind diese ganz stillen und ruhigen Kinder. Wer kümmert sich um diese Kinder? Wer fördert sie in diesem Sinne? Sie sind ja nicht zu unbequem. Sie sind ja lieb und brav und sitzen in der Ecke, schauen zu. Kommen vielleicht auch nochmal und fragen, gehen dann wieder und sind immer irgendwo glücklich und zufrieden nach außen und nach innen ballt sich auch alles. Aber sie können es eben nicht nach außen zeigen. Und andere die sich ewig Luft machen, bekommen immer ihre Aufmerksamkeit, um die sie gerade gebettelt

haben. Aber die sie auch irgendwo brauchen. Ich finde, wenn man ihnen die Aufmerksamkeit gibt und die Zuwendung, die sie brauchen. Sie müssen ja nicht immer in Form von streicheln und weiß ich, sondern es reicht ja wenn man den Abend zusammen verbringt, wenn man Gespräche hat, wenn man zuhört, was ein Kind beschäftigt, darauf eingeht und nicht immer nur derjenige ist, der einen guten Rat parat hat, sondern mit den Kindern wirklich die Sache bespricht und gemeinsam nach einer Lösung forscht. Dann geb ich dem Kind auch mal etwas an die Hand, dass es sich nicht immer hinstellt und weint oder schreit oder zappelt, sondern, dass es somit für sein Handeln allein Verantwortung übernimmt. Und auch über sein Verhalten ins Nachdenken kommt „Ach ich könnte doch das probieren.“. Z.B.: Wenn ich gehauen wurde, kann ich dem anderen doch sagen „Du das hat mir wehgetan!“, das kann ich auch dringend und nachdrücklich sagen und ich kann es auch ganz laut sagen, dass es alle hören. Und wenn die Regel besteht, wir hauen in der Gruppe nicht, werden die anderen auch schon sagen, von wegen „Du das ist nicht in Ordnung, was du gemacht hast.“. Und schon muss der nicht zurückhauen, sondern er hat ein Instrument und eine Möglichkeit sich anders mitzuteilen. Aber das ist dann auch wieder an Erwachsene, solche Instrumente den Kindern zu zeigen und Möglichkeiten aufzuzeigen und gemeinsam mit dem Kind auszuprobieren. Oder wenn jemand kommt und weint und sagt „Oh der hat mich jetzt hingeschubst!“. Dann erwartet das Kind von mir, dass ich jetzt hingehe und die Sache regel. Dass ich sage „Oh wir schubsen nicht. Es hat ihm wehgetan.“. Aber damit ist dem Kind ja nicht geholfen. Beim nächsten Mal kommt es nämlich mit seinem Verhaltensmuster wieder und sagt „Der hat mich geschubst.“. Er soll aber lernen es selbst zu regeln, also, wenn er dann wieder kommt kann ich auch zu ihm sagen „Du mich hat der nicht geschubst.“. Dann guckt er schon ganz verdutzt „Stimmt dich hat er nicht geschubst.“. Und dann kann man zusammen oder zu dem Kind sagen „Wenn er mich geschubst hätte, hätte ich ihm gleich gesagt: Du mit mir nicht, warum schubst du mich? Oder: Schubsen ist nicht lieb, das tut mir weh.“. Oder das man fragt, du standest im Weg, was hätte er besser machen können? Oder wie hätte er die Sache lösen können? Aber das man so aufzeigt, dass er mit dem Kind reden könnte und sagen könnte „Das gefällt mir nicht. Ich mag das nicht. Du hättest auch da lang gehen können, da wäre auch ein Weg gewesen.“. Dass man ihm solche Instrumente an die Hand gibt, wie sie

dann auch so ihr Verhalten regeln und das andere dann eben auch aufschauen, weil oft erwarten Kinder ja auch, der haut sowieso. Die kriegen ja auch meist immer gleich so eine Stempel drauf „Der ist es immer!“. Der ist manchmal gar nicht da und er war es dann, obwohl er gar nicht da war.

Ich: Ja das ist immer sehr kurios, wie die das machen. Naja, wie stellen Sie sich denn einen ADHS-Betroffenen vor? Einfach mal beschreiben, welche Eigenschaften und so.

Erzieherin: Ein ADHS-Kind. Also. Äußerlich ist ADHS für mich irgendwie nicht so auf dem ersten Blick sichtbar. Es ist ein ganz normales Kind, wie alle anderen Kinder auch. Wenn man eine Forderung stellt, mit der das Kind überfordert ist, dann kann vielleicht schon mal eine Reaktion kommen, mit der man nicht gerechnet hat. Aber das muss man dann auch so nehmen, das ist die Reaktion, dass er mir zeigt, er hat jetzt keinen Lösungsweg dafür und es ist ein Hilferuf und ich helfe dem Kind dann, das es so ist. Aber er wird auch, vielleicht nicht sich so lange konzentrieren können, nicht so viel wahrnehmen und aufmerksam sein können, wie andere Kinder, aber das kann man ja dann auch dementsprechend regeln und minimieren und das es das Wichtigste ist oder wenn ich jetzt spazieren gehe, er muss sich ja nicht jeden Baum merken. Es reicht ja, wenn er dann die Aufgabe bekommt „Du suchst mir einen Kienapfel.“ oder „Zu welchem Baum gehört der Kienapfel?“. Dass man eine Frage stellt und andere können ja vielleicht schon mehrere Sachen unterscheiden. Sodass man Sachen von ihm fordert, die er auch wirklich erfüllen kann und das es nicht zu diesen Ausbrüchen kommt, zu diesen unkontrollierten Ausbrüchen. Sodass es, wie Wut oder vielleicht sogar Aggressivität anderen gegenüber, weil man damit nicht so richtig umgehen kann oder vielleicht, weil man sich bloßgestellt fühlt, dass man es nicht so erfüllen kann, dass man mit sich selbst auch unzufrieden ist.

Ich: Also jetzt nicht dieses ADHS-Kind, wie es häufig beschrieben wird: Es ist zappelig, es ist laut, es tobt nur rum und ist unfreundlich. Sondern Sie sehen es mehr so als normales Kind, was halt nicht ganz so aufmerksam sein kann, wie die anderen.

Erzieherin: Ja genau. Vielleicht auch mal ein bisschen lauter oder vielleicht auch ein bisschen mehr Bewegung braucht, aber Bewegung brauchen alle Kinder irgendwo.

Ich: Und wie stehen Sie eigentlich so zu dem Thema?

Erzieherin: Also ich sehe es nicht als Krankheit oder so, sondern als Störung. Und das man immer Gespräche mit Eltern suchen sollte, sich Selbsthilfegruppen suchen sollte, dass man sich mit anderen Eltern austauscht. Professionell vielleicht auch in Therapie geht, aber nicht, dass man das medikamentös behandelt. Weil medikamentös schneidet man ja auch im Grunde nur mit chemischen Mitteln Tiefe und Täler, also Höhen und Tiefen irgendwo, dass es immer im Gleichlauf ist, aber man erkennt nicht die richtigen Ursachen. Und ein Kind erlebt dann auch nicht, dass es selbstverantwortlich mit dem, was es nicht so kann wie andere, umgehen kann. Und das ist für mich das wichtigste, dass auch wenn ich anders bin als andere. Ich lerne eigenverantwortlich damit umzugehen, dass andere das auch achten können. Er ist eben halt anders, aber er ist so, wie er ist. Und wenn ich das und das mache, passiert das, also kann ich mich darauf einstellen und das lassen und kann es eben so machen. Das die Gesellschaft, das Umfeld, die Eltern wirklich auch danach schauen, was braucht das Kind, wo liegen die Ursachen für, ich sag jetzt mal, Fehlverhalten oder diese Verhaltensauffälligkeit. Und was kann ich machen, dass es dem Kind auch mit dieser Auffälligkeit besser geht. Wie kann man das in Gemeinsamkeit händeln? Wie kann man damit gut leben?

Ich: Da kann man mit leben. Es gibt viele Beispiele, die damit gut leben können.

Erzieherin: Aber auch sicherlich nur, weil man verständnisvolle Erwachsene und ein verständnisvolle Umfeld hatte.

Ich: Ja das ist sehr wichtig. Aber das ist ja heutzutage nicht unbedingt so gegeben. Glauben Sie, dass ADHS immer mehr zu Modeerscheinung wird, so von der Gesellschaft aus gesehen, oder das es doch eher als Krankheit angesehen wird?

Erzieherin: Ich würde es als Modeerscheinung sehen. Das ist so, wenn ich nicht in den Rahmen passe, sondern ein kleines Stückchen rechts, ein kleines

Stückchen links aus dem Rahmen falle, dann muss ich ja irgendwo was therapieren. Ich muss irgendetwas machen. Aber ich darf nicht mal irgendwie ein bisschen anders sein als andere. Ich muss in diesen Rahmen passen. Und gerade dieses etwas anders sein, ist ja das interessante und die Herausforderung auch für jede Fachkraft Ursachen zu finden und das Kind, dass es sich so annimmt wie es ist. Und mit der Annahme, wie es ist, ist es auch geregelt. Und Anderssein ist irgendwo eine Herausforderung für alle.

Ich: Also nicht, das es ADHS nicht gibt, sondern das es teilweise zu hochgeschaukelt wird?

Erzieherin: Genau.

Ich: Also das man eigentlich nur noch eine Norm sein darf und nicht noch ein Stück nach rechts und links gehen darf.

Erzieherin: Ja genau, man darf nur toben und rennen, wenn der Raum dafür da ist. Und man darf nicht zeigen, dass man jetzt dem Grad der Erschöpfung irgendwo nahe ist. Und wenn ich jetzt diese Störung, Auffälligkeit habe bin ich eben mal impulsiv oder ich sage das gleich, weil ich kein anderes Mittel habe, dass das jetzt nicht geht und zeige das gleich, weil ich vielleicht auch von mir selbst enttäuscht bin? Dass ich nicht so bin, wie die anderen. Aber für mich persönlich ist es eher so, dass wenn ich selber weiß, wie es um mich steht und andere auch wissen, wie es um ich steht und jeder aufeinander zugeht und eingeht, krieg ich das auch irgendwo hin mit Verständnis. Also für mich wäre es wichtiger, wenn Gesellschaft aufgeklärter wäre. Wenn man mehr aufeinander zu geht, sich mehr zuhört, also auch hört, wie geht es dem anderen und auch wirklich nach Ursachen forscht und nicht nur sagt: „Ja die Wissenschaft hat festgestellt, Hirnströme und weiß ich was funktioniert nicht. Dafür gibt es, so wie es mit Antidepressiva bei Depressionen gleich los geht, statt, weiß ich. Klar braucht man auch mal Medikamente, warum nicht, dass man erst mal aus ganz tiefen Löchern kommt. Aber das man Gespräche führt und wirklich an Ursachen arbeitet und auch mal was aushalten kann. Früher hat die Gesellschaft das auch ausgehalten.

Ich: Ja heutzutage ist das irgendwie anders.

Erzieherin: Ja es passt nicht ins Bild irgendwie. Und man selber. Es gibt ganz wenig Leute die zu solchen Sachen, dann auch wirklich stehen. Jeder will ein möglichst bequemes, angenehmes Kind so wie es im Buche steht. Das mit so und so viel krabbeln kann, mit so und so viel sprechen und dann ist es sauber und dann macht es Englisch und dann geht es zum Sport und dann ist es dann. Und so alle Wünsche und Träume der Eltern sind erfüllt und das Kind ist brav und bieder und folgt und nickt nur noch und sagt nicht „Nö mit mir geht das nicht.“. Und dann haben wir die, die dann nachher in die Depressionen fallen, weil sie immer brav und bieder waren. Und auf einmal ist keiner mehr da, der ihnen sagt, wo es lang geht. Und sie sollen alleine Entscheidungen treffen und haben es nicht gelernt ne.

6.2 INTERVIEW MIT EINEM AUSZUBILDENDEN ZUM WERKZEUGMECHANIKER

Ich: Sind Sie schon mal mit dem Thema ADHS in Berührung gekommen?
Haben Sie schon mal was davon gehört, gelesen oder so?

Auszubildender: Ja naja, so persönlich bin ich eigentlich da noch nicht mit ADHS in Berührung gekommen. Eher so gehört, ab und zu n bisschen was gelesen. Und naja, ein Auszubildender bei uns im Betrieb hat zwar ADHS, aber der ist eigentlich immer sehr ruhig. Bestimmt durch die Tabletten, die er kriegt. Und, joa sonst eigentlich gar nicht.

Ich: Ähm wissen Sie vielleicht dadurch, dass Sie ja einen Mitauszubildenden haben, der ADHS hat. Wissen Sie vielleicht einiges über die Krankheit?

Auszubildender: Ähm eigentlich so gut wie gar nichts. Ich weiß, dass er, wenn die Tabletten nachlassen sehr aufgedreht ist, sehr hibblig und immer was machen will. Aber ansonsten, weiß ich so gut wie gar nichts über die Krankheit.

Ich: Da passt ja die Frage jetzt am besten. Glauben Sie, dass es genügend Aufklärung über das Thema gibt? Weil Sie wissen ja jetzt auch nicht so viel davon.

Auszubildender: Ich finde es zu wenig. Eindeutig zu wenig.

Ich: Also wenn jetzt z.B.: mehr Informationen geboten werden würden, z.B.: mehr Dokumentationen im Fernsehen oder vielleicht hier in der

Volkshochschule würde es sich ja anbieten, wenn da ein Kurs gemacht werden würde, wo Informationen über ADHS referiert werden, auch wenn man halt nicht betroffen ist. Wären Sie dafür?

Auszubildender: Ja auf jeden Fall.

Ich: Warum?

Auszubildender: Na das ist Aufklärung mit Krankheit umzugehen. Das ist immer wichtig, find ich. Naja es muss ja jetzt nicht an der Fachhochschule sein, es könnte ja auch der DRK ausüben und aufklären, weiß ich in der Robert-Blum-Straße.

Ich: Wie stehen Sie denn überhaupt so zu dem Thema? Auch wenn man jetzt nicht so viel. Man hat ja immer ne gewisse Meinung über Dinge, auch mit den wenigen Informationen, die man vielleicht hat.

Auszubildender: Ja, wie steh ich dazu? Ich bin dem Thema eigentlich recht vorbehaltlos gegenüber, weil in meinen Augen ist es ja auch eine Krankheit und äh man muss ja auch mit den Leuten umgehen können, die verstehen irgendwo und wenn sie halt überdreht sind, sag ich mal, muss man halt akzeptieren und halt auch darauf wirken auf deren Persönlichkeit.

Ich: Beschreiben Sie doch mal, wie Sie sich so einen Betroffenen von ADHS vorstellen. Wie wär der so für Sie? Wie würde der sich verhalten?

Auszubildender: Das kann ich gar nicht beschreiben. Wie gesagt, der Azubi, der bei uns arbeitet, der ist komplett normal eigentlich. Bloß ähm eine Freundin von mir. Der hat mal kurzzeitig bei ihr gewohnt und sie hat gesagt, dass war echt anstrengend, weil er immerzu irgendetwas machen wollte. Die hat jetzt z.B.: Ratten. Immer zu „Kann ich die Ratten haben? Kann ich mit denen machen? Kann ich das machen? Kann ich...?“. Halt total aufgedreht war. Also so stell ich mir das auch vor, wenn jetzt einer mit ADHS neben mir sitzt. So und denn immer am rumzappeln ist, sag ich mal. Keine Ruhe hat.

Ich: Also so allgemeine Vorurteile haben Sie jetzt nicht wirklich? Z.B.: das ein ADHS-ler aggressiv ist?

Auszubildender: Aggressiv. Hab ich noch nie gehört, dass ein ADHS-Erkrankter aggressiv ist, gar nicht.

Ich: Okay. Ja dann kommen wir auch schon zur letzten Frage: Glauben Sie denn, dass ADHS immer mehr zur Moderscheinung wird, durch dieses Bild der Gesellschaft, oder dass es doch eher eine Krankheit ist?

Auszubildender: Ist schwierig zu sagen, weil einige legen das halt so aus, als ob sie das hätten, aber haben es nicht. Aber die Leute, die es haben, die sind halt richtig, auf gut Deutsch gesagt, am Arsch. Weil das ist schwierig, das zu kontrollieren oder nicht? Find ich, außer man kriegt Tabletten.

Ich: Die stellen einen auch nur ruhig. Es gibt auch andere Möglichkeiten, damit umzugehen.

Auszubildender: Ich seh das als Krankheit an, nicht als Gesellschaftsform, Modeerscheinung.

Ich: Und warum?

Auszubildender: Na weils eine Krankheit ist, ganz einfach. Es ist eine psychische Krankheit und die kann man nicht einfach als Moderscheinung darstellen. Also finde ich geht gar nicht.

Ich: Also ist es für Sie Fakt: Es gibt ADHS, da wo es diagnostiziert wird, ist es auch wirklich so da.

Auszubildender: Das kann man ja jetzt auch wieder nicht so sagen. Weil auch Ärzte und Psychologen können sich irren, ne.

Ich: Ich habe z.B.: gelesen in einem Artikel, dass von 2006 bis 2011 hat sich die Diagnosezahl von unter 19 Jährigen auf 42% gesteigert. Also praktisch fast verdoppelt.

Auszubildender: Das ist ne Menge. Aber wie gesagt, auch die sind Menschen und können sich irren und wenn halt auch welche darauf pochen, dass sie das haben oder keine Ahnung. Es gibt ja sogar Eltern, die dann sagen „Mein Sohn oder meine Tochter, die haben das.“ und wenn die davon so überzeugt sind, dann gehen die zu einem Arzt oder finden einen Arzt, der das dann bestätigt. Gehe ich mal von aus, dass das dann so abläuft.

Ich: Oh eine Frage hab ich doch noch. Glauben Sie, dass der Begriff ADHS vorschnell oder auch zu oft genutzt wird? Weil meistens ist es ja so, wenn Kinder mal etwas lauter sind, dann kommt irgendeiner um die Ecke und meint „Naja der hat doch bestimmt ADHS.“. Weil ja dieses Vorurteil besteht, dass ADHS-Kinder immer laut sind, toben, rumrennen.

Auszubildender: Das kommt zu schnell vor, das stimmt. Das kenn ich auch selber. Wenn jetzt, hier von meiner Freundin der Bruder, der hat kein ADHS. Der hat irgendwas, aber kein ADHS. Der ist so hibbelig und aufgedreht, das ist teilweise anstrengend, aber der ist ganz normal eigentlich sonst. Nur wenn halt viele Leute da sind, ist er aufgedreht. Und dann kommen auch, wenn man jetzt mal spazieren geht mit ihm, gleich so ne Blicke und auch mal Fragen von Bekannten „Habt ihr ihn schon auf ADHS getestet? Und wenn ja, warum? Sagt, ist es so und so?“. Und aber der hat es nicht, dass weiß ich. Also ist bestätigt, sagen wir es so.

6.3 INTERVIEW MIT DEM VORSITZENENDEM DER ADHS-SELBSTHILFEGRUPPE NEUBRANDENBURG

Ich: Okay sind Sie denn schon mal mit dem Thema ADHS in Berührung gekommen?

Vorsitzender: Ähm eigentlich ja, durch meinen Sohn, der ist zweieinhalb gewesen damals. Wo das erste Mal das Thema ADS gekommen ist, da war er noch im Kindergarten und war dort wohl sehr auffällig. Dann sind wir halt zu einer Psychologin gegangen, die so verhaltensauffällige Kinder im Kindergarten begutachtet. Und die hat das erste Mal das Thema ADS in den Mund genommen. Also uns erzählt, dass es das sein könnte. Da hatten wir zwar noch keine Diagnostik, aber wir hatten schon mal ein Begriff, ein Wort was es sein könnte. Und wir haben ja selber als Eltern schon gemerkt, dass, schon früh als er noch sehr, sehr klein war, gerade geboren und so, dass irgendwas anders war. Und da haben wir uns schon immer gefragt, naja an wen oder was das liegen könnte und so weiter. Und da waren wir natürlich „Äh ADS was ist das?“. Und dann ging für uns die Suche halt los. Im Internet geguckt und so weiter, Broschüren, Bücher geholt, um zu wissen, was da nun vor sich geht. Also eigentlich schon sehr früh.

Ich: Ja, also wissen Sie ja eigentlich genug über das Thema. Vielleicht so ein paar Eckdaten, was man so über ADHS wissen sollte.

Vorsitzender: Ja aber das war für uns sehr wichtig, erst mal zu wissen, was es ist, was man machen könnte und so weiter und sofort. Ähm leider gab es zu dem Zeitpunkt noch nicht so viel private Information, also wie man zu Hause damit umgeht. Fachärzte haben wir viele konsultiert, die uns auch das eine oder andere sagen konnten, aber oftmals sind die Ärzte selber nicht betroffen. Deswegen wollte ich auch wissen, wie geht man privat damit um und da hab ich eben gesagt, dann machst du halt was eigenes und habe dann im Internet eine eigene Gruppe gegründet zum Thema und hab dann halt die Leute einfach angeschrieben „Was machst du wenn das Wasserglas umkippt oder wenn dein Kind mal wieder ausrastet?“ und so weiter. Und so hab ich mittlerweile dann über 100 Geschichten zusammengesammelt und äh quasi eine ganz andere Sichtweise auf mein Kind jetzt dadurch auch bekommen ne.

Ich: Okay, dann beschreiben Sie doch gleich mal, wie stellen Sie sich so einen Betroffenen vor? Wie ist der?

Vorsitzender: Na im Prinzip, wenn ich so. Ich kanns ja anhand meines Sohnes so ein bisschen erklären. Angefangen vom Baby her, heutzutage spricht man von sogenannten Schreibabys und sowas. Das haben wir damals auch durch gemacht. Wir wussten das, zwar nie das es so etwas war. Doll Probleme mit essen, mit Schlafzeiten etc. und sowas ne. Und das zieht sich so ein bisschen das ganze Leben halt durch, kann sich nicht lange konzentrieren.

Komischerweise auf Sachen, die ihn interessieren, er hatte ja mal so eine Dinophase, dann hatte er mal eine Löwenphase. Da konnte er wirklich stundenlang sich mit diesem Thema beschäftigen. Wo man eigentlich sagt ein ADHS-ler kann das ja nicht, aber wir haben jetzt im Laufe der Zeit gemerkt, doch gerade Sachen, die sie beschäftigen, also die sie mögen können sie sich halt ne. Aber eben auf andere Sachen halt nicht ne. Und da wirklich sehr zerstreut, sehr impulsiv halt ne, platzen eben halt herein mit ihren Antworten etc. und so weiter, also so, das ist vorwiegend der hyperaktive Typ und der wird ja richtig auffällig. Und unser Sohn war aber mehr so dieser, ich will sagen so verträumt so mehr, so kaum ansprechbar, man musste ihn immer berühren oder lauter werden, damit er einen wahrnimmt. Da haben wir da ja auch

geguckt, es gibt ja diese verschiedenen Formen von ADS, diesen Träumer und Hyperaktiven und sowas ne. Und deswegen kann man nie sagen „Ja der hat ADS.“ und alles in einen Koffer packen, sag ich mal, sondern da muss man wirklich genau gucken „Aha der eine ist vorwiegend hyperaktiv, den erlebt man über Schulbänke springend und der andere genau das Gegenteil. Der träumt halt, der sitzt da und schläft halt weg mit offenen Augen.“. Und so wirken halt diese Kinder denn ne.

Ich: Ja, wie stehen Sie denn selber so zu dem Thema ADHS?

Vorsitzender: Ja wie gesagt, anfangs war ja für mich, ich will nicht sagen, wie ein Schock, aber wie so ne Art Erlösung. Man hat jetzt nicht mehr das Gefühl schuld zu sein irgendwo. Ohne zu sagen jetzt, na gut jetzt ist das ADHS dran schuld, aber jetzt konnte man wirklich sagen, wir als Eltern haben nicht grundsätzlich versagt oder so, sondern es gibt Mittel und Wege, die wir auch mit beeinflussen können, wenn wir uns ein wenig umstellen können etc. und sowas. Und deswegen denke ich eigentlich auch, dass gerade dieses Akzeptieren erst mal, dass es das gibt und dass es halt solche Störungen gibt, ein sehr wichtiger Schritt für uns auch war, um den Umgang jetzt mit ADHS. Und deswegen sehe ich das eigentlich auch so, wenn man sich dem offen gegenüber stellt, kann man vieles dabei erreichen halt, auf positive Art. Und deswegen sehe ich für mich das ADS im Laufe dieser 12 Jahre mit der ich mich eigentlich mit dem beschäftige mehr als Chance. Gerade für Kinder und Jugendliche, weil die sich auch mal was trauen und ich würde das eher aus der positiven Seite sehen. Also wenn ich heutzutage sagen würde mein Kind hat ADS, dann würde ich eher stolz sein als „Oh Gott oh Gott, mein Kind hat ADS, hat ne schlimme Krankheit oder sonst was!“, sondern ganz im Gegenteil, wenn ich das jetzt mal verfolge, wie viel Prominente, Wissenschaftler auch und so von ADS betroffen waren oder sind, die eigentlich diesen Fortschritt herbeirufen, weil gerade ADS-ler sich ja auch mal was trauen und so weiter ne. Wenn ich wirklich das Positive an diese ADHS-lern heraus kitzele, gibt es wirklich ne Chance für Fortschritt, was vielleicht ein, in Anführungsstrichen, normales Kind sich gar nicht zutrauen würde. Und deswegen ist für mich, ähm, Kinder und Jugendliche und Erwachsene, die ADHS haben, ein wichtiger Bestandteil einer Gesellschaft, damit die vorankommt und deswegen sehe ich

das wirklich als Chance, für mich so oder eben generell so ne. Man muss eben bloß dieses Positive erkennen.

Ich: Ja das ist ja schwierig in der heutigen Gesellschaft. Da wird ja auch, also ich bin der Meinung, dass der Begriff vorschnell oder auch zu oft meistens genutzt wird. Wie sehen Sie das?

Vorsitzender: Ja natürlich, ähm, man muss es allerdings aus verschiedenen Perspektiven sehen. Es gibt natürlich Firmen, Institutionen, die ihr Geld damit machen wollen. Die natürlich die Stimmung zum Thema ADHS, in welche Richtung auch immer, für sich ausnutzen wollen, um natürlich da dickes Geld mit zu machen. Wenn ich das aus Betroffenen-sicht sehe, möchte ich sagen, diese sind eigentlich, wo es vorschnell geortet wird sind gering. Natürlich sind auch viele Lehrer, viele Ärzte dabei, die sagen ok, mag vielleicht sein, dass es nach außen hin vorschnell gehandelt wird. Aber weil nur solche Fälle auch bekannt werden ne. Wenn irgendwo mal was schief gegangen ist oder so. Solche kommen an die Öffentlichkeit und wenn man bedenkt, wie viel Kinder eigentlich betroffen sind. Das sind ja 4 bis 6% der Kinder zwischen 6 bis 18 Jahren, die davon betroffen sind. Also in jeder Schulklasse mindestens ein oder zwei dieser Kinder sitzen. Und wenn man dann das dagegen rechnet, diese Meinung, die bekannt werden, ist die Zahl ja eigentlich sehr gering, die nachher wirklich die Diagnose bekommen haben.

Ich: Ich habe letztens gelesen, da stand irgendwie, dass die Diagnosen von 2006 bis 2011 von unter 19 Jährigen auf 42% gestiegen sein soll. Also so wird das jetzt da in diesem Bericht dargestellt. Da sind die 4 bis 6% ja eher geringfügig.

Vorsitzender: Ja und ich sag mal so, die Medien beeinflussen ja viele. Die beeinflussen unsere Gesellschaft, die beeinflussen unsere eigene Meinung, so. Und der, der das schreibt, hat ja auch seine eigene Meinung und da muss man wirklich dann genau recherchieren und gucken, ob das wirklich stimmt. Man sollte sich eine zweite Meinung einholen. Also ich würde jedem Betroffenen wirklich raten oder jedem überhaupt, der solche Sachen liest, wirklich nochmal nach einer anderen Seite zu gucken, ob das wirklich an dem ist. Nicht einfach nur hinnehmen das es da steht, sondern wirklich auch nochmal genauer zu

gucken. Andererseits kann ich wirklich sagen, natürlich sind jetzt mehr Kinder da, nach außen zu sehen. Sie sind ja nicht plötzlich mehr geworden, sondern sie waren natürlich schon da. Bloß, ich sag mal so, unentdeckt, weil viele dieser Kinder haben schon eine lange Odyssee durch. Die Eltern, die haben sich selber die Schuld gegeben und so weiter, weil eben keiner wusste so richtig, was das mit den Kindern war, so wie wir damals auch. Wir haben das, da war unser Sohn zweieinhalb, aber viele, da sind die Kinder schon 10, 12 und kommen jetzt erst drauf durch die Information, die heutzutage weitaus mehr sind als vielleicht noch vor 10 oder 15 Jahren. Durch Internet, dank Facebook etc. haben die Eltern ja viel, viel mehr Zugriff auf Informationen und das merkt man nicht nur bei ADHS, sondern auch bei anderen Krankheiten. Das die Eltern wirklich schon mit einer festen Diagnose zum Arzt gehen „Also mein Sohn, der hat das Husten und ich weiß, welche Krankheit das ist.“, weil vieles ja natürlich im Internet steht. Und der Arzt steht nachher da „Toll und ich brauch jetzt nur ein Medikament ausschreiben, sie wissen ja schon alles.“ so ungefähr. Das gab es vor 10, 15 Jahren noch nicht so. Und deswegen ist natürlich dieser Ansturm oder dieser enorme Zuwachs von ADHS-lern zu verzeichnen. Das wird eben dargestellt so, ja auf einmal sind die da. So liest man das ja, deswegen sage ich: immer nochmal nach gucken. Immer so, wie Sie jetzt nochmal nachfragen, ist es wirklich angeraten, nachher nochmal zu gucken, warum, was ist jetzt mit diesen 42%. Aber viele nehmen es leider immer so hin. Dann wird diese Zahl in die Öffentlichkeit gestreut und so weiter und sofort. Dann wird versucht Gegenmaßnahme zu machen, wo ich dann eigentlich immer sage „Hallo? Guck doch erst mal, wo die Zahl herkommt.“. Naja also sehe ich das denn.

Ich: Also glauben Sie schon, dass es heutzutage genügend Aufklärung über das Thema gibt oder sind sie auch mehr der Meinung, dass es noch mehr Informationen geben sollte? Auch z.B.: das meinerwegen, die Volkshochschule mal einen Kurs anbietet für Betroffene oder auch nicht- Betroffene ADHS mehr zu erklären, mehr darzustellen.

Vorsitzender: Ja also, wie gesagt. Ich hatte ja schon gesagt, dank Internet wird viel verbreitet, aber was ich mir wünsche ist eigentlich auch ein bisschen Unterstützung seitens der Politik. Wir werden hier in Mecklenburg-Vorpommern sehr gut unterstützt durch verschiedene Politiker, die unsere Meinung auch

tragen und oftmals auch Schönheit für uns sind. Aber das ist halt nicht deutschlandweit so. Und ähm ich bin immer so, ich hatte mal vor längerer Zeit ein Telefongespräch mit einem Schulamtsleiter, der dann gesagt hatte „Ich find ihre Messe ganz toll, ich werd mal meine Lehrer alle dort hinschicken.“. Und dann hab ich gesagt „Stopp, stopp, stopp! Wenn Sie so anfangen, dann geht das Ding nach hinten los.“. Wir können nur durch Überzeugung, die Lehrer für uns gewinnen. Aber wenn ich die Lehrer jetzt zwangsweise und sage „Ihr müsst dahin.“, dann erreicht man nur das Gegenteil. Und ich denke einfach, dass es schon mehr Aufklärung sein sollte in den Schulen und in den Kitabereichen. Worüber ich ganz froh bin, dass das Thema jetzt auch in den Ausbildungen, bei den Schulen und jetzt auch in der Hochschule bei Early Education, z.B., mehr betrachtet wird. Das war vor Jahren ja auch noch nicht so, dass es so ein Thema war. Es wurde mal am Rande gemacht und jetzt wird es auch zum Thema schon mal gemacht und so. Das finde ich schon ganz gut und somit sehe ich eigentlich, dass wir auf einem guten Weg sind. Aber es ist halt noch ein bisschen was zu tun. Und leider Gottes ist es halt so, dass gerade die Selbsthilfegruppen so viele Einzelkämpfer hat. Das ist halt schwierig. Man müsste da viel mehr auf breiter Front kämpfen, sage ich mal, hört sich zwar blöd an, aber wirklich an Informationen rüber bringen und so ne. Wir machen ja schon einiges, aber wie gesagt, es reicht halt noch nicht. Man muss halt noch dieses Netzwerk weiter ausbauen.

Ich: Sie machen ja die Ausbildung zum Erzieher, wird das da auch behandelt oder steht es da irgendwie in dem Lehrplan, dass es in den nächsten Jahren auch mit behandelt wird?

Vorsitzender: Ja also, ähm, dank, weil ich mich da ja so ein bisschen auskenne, habe ich das mal mit rein. Aber äh, wir haben auch das Thema Sonderpädagogik, da ist das auch Thema, natürlich aufgrund der ICD 10 reden sie über HKS, weil das ja die Oberdiagnostik ist dort. Das ist ja auch okay, aber das ist auch ein Thema bei der Ausbildung als Erzieher. Und das finde ich auch schon ganz gut, dass das mit drinnen ist, weil gerade diese Kinder, wenn man die, so wie ich es eingangs ja auch schon mal sagte, wirklich fördert auf aller Linie, zu Hause, Kita, Schule. Dann haben diese Kinder wirklich ne gute Chance und es ist auch eine Chance für die Gesellschaft im allgemeinen. Wenn man die von Anfang an fördert auf allen Ebenen, also nicht nur zu Hause,

sondern wirklich auch. Und das ist auch unsere Aufgabe als Selbsthilfegruppe, das zu fördern, zu unterstützen, durch unsere vielen Projekte, die wir haben wollen wir genau das fördern. Diesen Austausch, das Lehrer, Erzieher und Eltern einfach miteinander reden und nicht nur „Äh da ist ein schwieriges Kind, schieben wir mal irgendwo ab zu den strengsten Eltern der Welt.“ oder was weiß ich.

Ich: Ja dann kommen wir auch schon zur letzten Frage: Glauben Sie, dass ADHS immer mehr zur Modeerscheinung wird oder doch eher eine Krankheit ist?

Vorsitzender: Im Grunde ist es eine Krankheit, aber wir hatten ja auch schon vorhin schon mal gesprochen über die Vielzahl, die jetzt hervorgerufen wird oder die jetzt bekannt werden. Wie gesagt, diese Krankheit gabs ja schon immer. Wenn man guckt Heinrich Hoffman, viele denken oder haben bis vor dato immer noch gedacht, dass es ein Schriftsteller ist, wenn man seinen Struwwelpeter liest. Aber dort beschreibt er 1848 schon die klaren Symptome von ADHS. Von Träumerchen, die Traumsuse, die da ist oder der Zappelphilipp, der Struwwelpeter, der sich nie und das sind typische Symptome. Er war ja Nervenarzt und hat dort diese Symptome, dieser Kinder, die er dort behandelt hat in diesem Buch, in diesem Manuskript zusammengefügt ne. Und daraus sind halt diese Geschichten entstanden und daran sieht man schon, dass es ja eigentlich schon ewig dort gibt. Also es ist nicht eine Krankheit der Moderne, sondern wirklich schon seit Jahren. Also ist es keine Modeerscheinung. Was ich natürlich jetzt dieser Gesellschaft mit anrechne ist eben, dass sie schnelllebiger geworden ist, Computerzeitalter, Fernsehen, das beeinflusst natürlich den Schweregrad von ADHS. Und viele verwechseln das dann wirklich immer das Medienkonsum, wie Fernseher oder Computer ursächlich sind für solche Störungen. Ursächlich ist halt eine Stoffwechselerkrankung und wird durch solche Sachen, ständiger Konsum von Computer und so weiter, noch verstärkt oder sonstiges, aber ursächlich halt nicht. Und da muss man eigentlich, wenn man über ADHS spricht auch das immer im Gegensatz sehen, also das muss man mit beachten halt.

Ich: Okay und noch eine Frage, die mir jetzt auf der Zunge liegt. Glauben Sie vielleicht, dass heutzutage mehr Diagnosen gestellt werden von ADHS-Kindern

als jetzt vor, weiß ich, 10 Jahren? Das durch die Moderne, sag ich mal, es sich verstärkt hat, das jetzt immer mehr ADHS haben oder bekommen?

Vorsitzender: Ähm ja, zum einen hatte ich ja schon gesagt, die Aufklärung ist ja die andere. Und zum anderen ist die Forschung ja auch sehr, sehr weit vorangekommen. A) gibt es bessere Tests, bessere Diagnosemöglichkeiten, als noch vor 10 oder 20 oder 30 Jahren, das man wirklich, dass ADHS als solches wirklich auch erkennt. Es ist ja eine Ausschlussdiagnostik, weil ja viele andere Krankheiten auch ähnliche Symptome haben und deswegen sind wir auch ganz froh, dass es nicht jeder Arzt, das verschreiben oder dieses diagnostizieren kann, sondern wirklich auch Spezialisten, die auch dieses Thema ADHS oder die sich auf dieses Thema spezialisiert haben. Das dort wirklich genau geguckt wird und nicht „Oh das Kind zappelt.“ und schon eine Diagnose, wie sie vielleicht vor paar Jahren noch war, wo jeder Wald- und Wiesenarzt das diagnostizieren konnte. Und natürlich sind jetzt mehr Diagnostiken da, weil jetzt eben mehr Eltern Fragen stellen. „Was ist mit meinem Kind?“, zum Arzt gehen etc. und dann in einigen Fällen auch diese Diagnose bekommen. Und die Kinder waren ja schon immer da. Ein 13 Jähriger ist jetzt nicht auf einmal, urplötzlich ADHS-ler, nur weil er jetzt eine Diagnose bekommen hat. Die Diagnose guckt natürlich auch in seine Kindheit, es muss ja schon vor dem 6. Lebensjahr da gewesen sein. Wenn ich also heute mit einem 13 Jährigen hingehen würde und der Verhaltensauffälligkeiten hat, vielleicht, wie zappeln oder hyperaktiv. Da wird ganz genau geguckt bis hin in seine Kindheit halt: Was war da gewesen? Wie war das gewesen? Kann vielleicht auch was anderes Ursachen für seine Hyperaktivität sein? Und sicherlich sind da auch mal ein paar Fälle bei, wo denn gesagt wird „Ja ist halt so.“, das da auch mal eine falsche Diagnose gestellt wird. Aber das denke ich mal, ist eher der geringe Prozentsatz ne.

Ich: Okay danke, das reicht auch schon.

7. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere an Eides Statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Ich versichere außerdem, dass ich keine andere als die angegebene Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich auch auf alle in der Arbeit enthaltenen Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Glienke, den 11.07.2013

Nicole Pirlich