



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Welche Auswirkungen hat die Diagnose ADHS auf betroffene Kinder und deren Eltern?

vorgelegt von

Jessica Möller

Sommersemester 2020

im Studiengang Soziale Arbeit

Abgabe am 08.07.2020

Erstprüferin: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

Zweitprüfer: Karsten Giertz M.A.

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0433-0

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
1. Was ist ADHS?	2
1.1. Symptomatik.....	2
1.2. Verlauf in der Kindheit	3
1.3. Ursachen	5
2. Wie wird ADHS festgestellt?	7
2.1. Diagnose von ADHS.....	7
2.2. Aktuelle Zahlen in Deutschland	10
3. Kritische Betrachtung der Diagnose und Ursachen	12
4. Auswirkungen auf betroffene Kinder – Stigma ADHS.....	13
4.1. Definition Stigmatisierung	13
4.2. Folgen vom Stigma ADHS	15
5. Auswirkungen für die Eltern	16
5.1. Umgang mit dem Kind	17
5.2. Hilfen für Eltern.....	21
6. Behandlungsmöglichkeiten von ADHS	21
6.1. Therapie mit Medikation	22
6.2. Nichtmedikamentöse Therapie	23
6.2.1. im Vorschulalter	24
6.2.2. im Schulalter	25
7. Förderungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit	27
7.1. Förderung im Vorschulalter	28
7.2. Förderung in der Schule	30
7.3. Hilfen zur Erziehung	30
7.4. Beratung.....	31
7.5. Systemische und Lebensweltorientierte Förderung	32
7.5.1. Empowerment durch Lösungsorientiertes Arbeiten	33
7.5.2. Netzwerkarbeit	36
8. Fazit.....	37
9. Anhang	40
10. Quellenverzeichnis	42
Eidesstattliche Erklärung	47

EINLEITUNG

Wer kennt sie nicht? Kinder, die permanent den Unterricht stören, die den Klassenclown spielen, die nicht still auf einem Stuhl sitzen können oder in den Tag hinein träumen. Personen, die als Querdenker*innen, die Lebhaften oder Emotionsstarken bezeichnet werden. Die Sprache ist von Menschen, vor allem von Kindern mit der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Sie ist die bekannteste psychische Störung im Kindesalter und spätestens seit der Digitalisierung in aller Munde. Nicht nur bei Fachleuten wird das Thema stark diskutiert, sondern auch in der Gesellschaft kommt es zu kritischen und kontroversen Auseinandersetzungen. Dabei stehen vor allem die Aspekte der Entstehung, der Medikation, die Diagnose und das Stigma ADHS im kritischen Vordergrund. Die medizinisch belegte Störung wird bis heute streng hinterfragt und bestritten. In einem großen Teil der Gesellschaft wird die ADHS nicht verstanden. Die Kinder und deren Verhalten werden verurteilt. Durch die zahlreichen Auseinandersetzungen zum Thema sowie die Verbreitung vieler kontroverser Informationen durch die Medien haben viele Menschen sich ein teils verzerrtes Bild von der Störung und den betroffenen Personen geschaffen. Dabei werden nicht nur die Kinder zur Zielscheibe, sondern auch deren Eltern. Die Eltern werden mit ihrem „Versagen“ und Vorwürfen bei der Erziehung konfrontiert. Die Wirkung der Diskussion auf die betroffenen Personen wird außer Acht gelassen.

Mit der Diagnose von ADHS ergibt sich für das Kind ein eindeutig zugeschriebenes Krankheitsbild. Für die einen Eltern stellt die Diagnose die Bestätigung ihrer Vermutung dar. Andere Eltern sind überfordert und hilflos mit den Herausforderungen, welche die Diagnose mit sich bringt. Wie Kinder (bis 14 Jahre) die Diagnose ADHS wahrnehmen, ist schwer von außen nachzuvollziehen. Nach außentretende Probleme und Verhaltensweisen des Kindes können allerdings nun der diagnostizierten Störung zugewiesen werden. Jenes scheint vor allem in der Kindertageseinrichtung und Schule, sowie bei Freizeitmöglichkeiten eine Rolle zu spielen. Zudem ist die Diagnose meist der Beginn eines therapeutischen und sozialpädagogischen Förderungs- und Behandlungsplans für die betroffenen Kinder und deren sozialem Umfeld. Inwiefern den Eltern geholfen und die Kinder gefördert werden können, wird in dieser Arbeit dargelegt. Im Rahmen dieser Arbeit, werde ich mich folgender Frage widmen: Welche Auswirkungen hat die Diagnose ADHS auf betroffene Kinder und deren Eltern?

Im ersten Kapitel wird für das allgemeine Verständnis ein Überblick zum Thema ADHS, den Symptomen und den Ursachen der Störung gegeben. Dabei wird der Großteil durch medizinische Fakten unterlegt sein, um im späteren Verlauf die Ursachen und Auswirkungen darzulegen. Während des zweiten Kapitels werden die Diagnostik von ADHS und die aktuellen Zahlen aufgezeigt. Im Anschluss werden verschiedene Aspekte der ADHS kritisch betrachtet. Im Hauptteil werden zuerst die Auswirkungen für die betroffenen Kinder, vor allem das Stigma ADHS und anschließend die Auswirkungen und Hilfen für Eltern dargelegt. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt. Insbesondere werden dabei die Therapieformen und die Förderungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit genauer beleuchtet. In diesem Teil wird der Schwerpunkt meiner Arbeit liegen. Zum Abschluss erfolgt ein zusammenfassendes Fazit.

1. WAS IST ADHS?

1.1. Symptomatik

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird diagnostiziert an drei Kernsymptomen - Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Dabei variieren die Stärke der Ausprägung sowie das zeitliche Auftreten der Symptome bei jedem Menschen. Von ADHS wird erst gesprochen, wenn die Symptome mindestens sechs Monate und in mehreren Lebensbereichen des Kindes auftreten. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2018, Internetquelle) Dadurch kann ausgeschlossen werden, dass das Kind unter Problemen der psychosozialen Stressoren, wie zum Beispiel unter der Trennung der Eltern, der Geburt eines Geschwisterkinds oder Mobbing in der Schule, leidet (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2014, S. 15).

Die Kernsymptome können wie folgt definiert werden:

Die Unaufmerksamkeit zeigt sich durch Flüchtighkeitsfehler, geringe Konzentration und geringes Durchhaltevermögen sowie Vergesslichkeit und leichte Ablenkung von äußeren Reizen. Die Hyperaktivität drückt sich vor allem durch stetige körperliche Unruhe und häufiges Zappeln oder Bewegen aus. Vor allem Kindern fällt es schwer stillsitzen zu bleiben oder ruhig zu spielen, wenn sie es als fremdbestimmt erleben. (vgl. Gawrilow 2016, S 21f.) Kinder, die eine erhöhte Impulsivität aufweisen, agieren oft vorschnell, unüberlegt und unangemessen in sozialen Situationen (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle).

Die Kernsymptome werden jeweils von dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) unterschiedlich definiert (vgl. Gawrilow 2016, S. 23). Die Klassifikationssysteme unterscheiden je drei Subtypen der ADHS. Im DSM wird zwischen einem vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild (F90.0), einem vorwiegend hyperaktiven-impulsiven Erscheinungsbild (F90.1) und einer kombinierten Form (F90.2) unterschieden. Während bei dem DSM-5 die Erscheinungsformen nach den Kernsymptomen bestimmt werden, unterscheidet man bei der ICD-10 durch Vorhandensein von Aggressivität, Delinquenz und dissozialem Verhalten. Folglich wird unterschieden zwischen einer einfachen Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (F90.0), einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8) oder der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1.). In der ICD werden die Subtypen unter dem Begriff Hyperkinetische Störung zusammengefasst. (vgl. ebd. S. 24ff.)

1.2. Verlauf in der Kindheit

Der Verlauf der Störung ist gekennzeichnet durch die Kernsymptome – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Allerdings bringen die Symptome auch weitere Probleme mit sich. Während des Älterwerdens verändern sich nicht nur der Mensch, sondern auch dessen Herausforderungen und Probleme.

In den meisten Fällen wird ADHS im Kindergartenalter festgestellt. Jedoch können bereits im Säuglingsalter verstärkte Symptome wie Unruhe oder Regulationsstörungen auftreten. Im Vorschulalter fallen die Kinder eventuell durch fehlende körperliche Geschicklichkeit wie beim Malen und Basteln, durch eine verminderte Sprachfähigkeit oder Merkfähigkeit auf. Mit dem Schulbeginn ergeben sich zusätzliche Probleme für die Kinder. Durch den erhöhten Arbeitsaufwand und die verlangsamte Arbeitsgeschwindigkeit können emotionale Auffälligkeiten wie Schulangst und Schulverweigerung einsetzen. Die Kinder, welche überwiegend hyperaktiv-impulsive Symptome aufweisen, stören oft den Unterricht, widersprechen Lehrkräften und haben Schwierigkeiten bei der sozialen Integration. (vgl. zentrales adhs-netz, Internetquelle)

Obwohl die meisten Kinder mit ADHS sich in ihrer grundlegenden Begabung nicht von anderen Kindern unterscheiden, kämpfen sie mit Schulleistungsproblemen. Vor allem durch die verminderte Konzentrationsfähigkeit und die wechselhafte Motivation, sowie durch die typischen Kernsymptome, fällt es den Kindern schwer, ihr ursprüngliches Leistungsvermögen zu zeigen. Aus diesem Grund müssen sie häufig Schuljahre

wiederholen, Klassen oder Schulen wechseln. Außerdem treten in der Schule Kooperationsprobleme mit anderen Kindern und Störverhalten im Unterricht auf. Nach einer Studie von Schmid u. a. (2005) gaben 45 % der Lehrkräfte an, Unsicherheiten im Umgang mit betroffenen Kinder zu fühlen. (vgl. Schmid 2007, S. 34) Dementsprechend ist das Verhältnis zu den Lehrkräften oft angespannt und von Problemen gekennzeichnet.

Umso älter die Kinder werden, umso länger werden die Schultage und die schulischen Anforderungen steigen. Die Probleme der Pubertät und die Herausforderungen der ADHS verknüpfen und verstärken sich gegenseitig, was zu erheblichen Schwierigkeiten führt. (vgl. Puls 2007, S. 76)

Durch die Aufmerksamkeitsprobleme, die Rastlosigkeit und die reduzierte Impulskontrolle kommt es in der Kindheit häufig zu Verhaltensproblemen. Diese erschweren vor allem das Familienleben. Durch Schwierigkeiten beim Befolgen und Einhalten von Regeln sowie durch altersuntypische emotionale Ausbrüche erleben die Eltern eine starke Belastung. Die Kinder werden schnell wütend, sind reizbar und besitzen eine geringe Frustrationstoleranz. Sie verärgern andere Menschen vorsätzlich und geben anderen die Schuld an ihrem Fehlverhalten. Es tauchen Schuldgefühle und Beziehungsprobleme bei allen Familienangehörigen auf. (vgl. Schmid 2007, S. 33) Mit dem Eintritt in die Pubertät werden Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind zu einer noch stärkeren Belastung. Die verminderte Impulskontrolle kann nun zu erheblichen Konflikten mit Gewaltausbrüchen führen. (vgl. Puls 2007, S. 75)

Der Verlauf von ADHS zeigt zudem das Auftreten von komorbider Erkrankungen. Zum Beispiel entwickeln manche Kinder Tic-Störungen, die sich u. a. durch Zucken im Gesicht oder Lautäußerungen widerspiegeln. Des Weiteren weisen viele Kinder mit ADHS im Verlauf emotionale Probleme, wie Ängste, Unsicherheiten und mangelndes Selbstvertrauen auf. Da sie oft eine Ablehnung von Gleichaltrigen, welche die Verhaltensweisen als störend empfinden, erfahren. Dies kann Folgen bis hin zu depressiven Symptomen haben. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Durch Verlaufsuntersuchungen konnte festgestellt werden, dass in 40 - 80 % der Fälle die Symptome einer ADHS bis in die Adoleszenz bestehen bleiben. Bei 60 - 70 % können die Symptome nicht mehr nach diagnostischen Kriterien erfüllt werden. Diesbezüglich kann bei 30 - 40 % eine ADHS im Erwachsenenalter verzeichnet werden. (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 36)

1.3. Ursachen

Bei der ADHS gibt es bis jetzt keine vollständige Erklärung für die Entstehung und für die Ursachen der Krankheit. Allerdings nehmen Wissenschaftler an, dass die Störung nicht auf eine einzelne Ursache zurückzuführen ist. Dementsprechend geht man bei ADHS von den folgenden Ursprungsmöglichkeiten aus:

Eine zentrale Rolle bei der Klärung der Ursachen stellt die Genetik dar. Es wurden zahlreiche Tests durchgeführt, welche den Einfluss genetischer Faktoren bestätigen. Durch Adoptionsstudien und Familienstudien konnte festgestellt werden, dass es eine erhöhte Rate bei den biologischen unmittelbaren Familienangehörigen gab. Das ADHS-Netzwerk nennt eine Wahrscheinlichkeit für die Vererbung an die Kinder, wenn ein Elternteil betroffen ist, von 20 - 30 %. Sind beide Eltern von ADHS betroffen, liegt die Wahrscheinlichkeit bei fast 90 %. Auch bei Zwillingsstudien hat sich ein Bezug zur Genetik herausgestellt. (vgl. ADHS-Netzwerk, Internetquelle)

Außerdem gibt es molekulargenetische Belege, die sich auf veränderte Gene der Dopaminregulation beziehen (vgl. Gawrilow 2016, S. 66). So wurde herausgefunden, dass am Dopaminrezeptor und am Dopamin-Transporter-Gen Störungen vorliegen und somit Dopamin in manchen Hirnregionen nicht ausreichend vorhanden ist oder zu schnell abgebaut wird (vgl. ADHS Netzwerk, Internetquelle). Allerdings wurden die veränderten Gene weit verbreitet in der Bevölkerung gefunden. Folglich hat sich ergeben, dass sich das Risiko dadurch nur wenig erhöht. Daher gehen Wissenschaftler*innen wiederum von einer multifaktoriellen Entstehung aus z. B. einer Wechselwirkung verschiedener Gene. (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 21) In diesem Kontext sind auch Wechselwirkungen mit Schwangerschafts- und Geburtsfaktoren sowie Umwelteinflüssen vorstellbar. Komplikationen und Belastungen in der Schwangerschaft wie z. B. Nikotin- und Alkoholkonsum der Mutter erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer ADHS. Allerdings sind das nur korrelative Zusammenhänge, denn ausschlaggebend kann auch ein anderer Faktor sein. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Eine weitere Variabel sind die biochemischen Faktoren. In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin eine zentrale Rolle bei der Entstehung von ADHS einnehmen. Insbesondere deren Netzwerke im Frontalhirn (präfrontalen Cortex) regulieren die Aufmerksamkeit des Menschen. Deshalb wird angenommen, dass durch eine veränderte Aktivität

im synaptischem Spalt die Steuerung von Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulskontrolle beeinflusst wird. Außerdem wurde ein erhöhter Serotoninspiegel im Blut von betroffenen Kindern festgestellt. (vgl. Schmid 2007, S. 8) Die Veränderung von Serotonin soll für die Störung der Impulsregulation verantwortlich sein (vgl. ADHS Netzwerk, Internetquelle).

Daran schließen die neuroanatomischen Faktoren an. Es konnten Unterschiede zwischen Menschen mit ADHS und gesunden Menschen festgestellt werden. In bestimmten Hirnarealen unter anderem im Frontalhirn konnte ein vermindertes Volumen beobachtet werden. Außerdem ist die Links-Rechts-Asymmetrie der Hirnhälften der betroffenen Personen von ADHS geringer ausgeprägt. Ein weiterer Unterschied ist die veränderte Aktivierung und Verknüpfung von neuronalen Netzwerken. Durch Tests konnte festgestellt werden, dass bei betroffenen Menschen Hirnareale anders arbeiten als bei Menschen ohne ADHS. Die neuropsychologischen Faktoren sind nicht weitgehend erforscht beziehungsweise lässt sich durch neuropsychologische Untersuchungen kein spezifisches Profil von ADHS herleiten. (vgl. Schmid 2007, S. 8f.)

Früher wurden psychosoziale Faktoren als eine Ursache für ADHS angesehen. Heute wird ein ungünstiges soziales Milieu, psychische Störungen bei den Eltern oder das Fehlen eines Elternteils nicht mehr als alleinige Ursachen gezählt, sondern als Wirkfaktor, welche die ADHS-Symptomatik verstärkt und beeinflusst. (vgl. Gawrilow 2016, S. 68) Besonders die Veränderung der Familienstrukturen, kann eine verstärkende Wirkung auf die Symptomatik haben. Im Vergleich zu den früheren Großfamilien wachsen Kinder vermehrt in kleinen Familien bzw. Ein-Eltern-Familien auf. Als allein-erziehende Person eines Kindes mit ADHS ist die Belastung deutlich größer und fordernder als bei Familienformen mit Eltern und beteiligten Großeltern. (vgl. Neuy-Bartmann, Internetquelle) Die Bedingungen im familiären Leben sowie im Kontext der Bildung können die Ausprägung und den Verlauf gestalten. Negative Ereignisse und Erfahrungen mit dem Umfeld nehmen aufgrund des auffallenden Verhaltens zu. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass das Kind mit den typischen Symptomen reagiert. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Es kommt zu einem „Teufelskreislauf“ (s. Kap. 5.1.), welche unter anderem komorbide Symptome verstärkt (vgl. Gawrilow 2016, S. 68). Zudem ist unsere Welt und unsere komplexe Gesellschaft geprägt von Reizüberflutungen, unstrukturierten Tagesabläufen, der stetigen Präsenz der Medien

und einem fordernden Leistungsdruck, jene Faktoren werden als Gründe für eine Erhöhung der ADHS-Symptome bei Kindern angeführt (vgl. Neuy-Bartmann, Internetquelle).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wissenschaft davon ausgeht, dass die einflussreichsten Variablen die der Genetik und der neuronalen Veränderungen sind, wobei mehrere Faktoren eine Rolle bei der Entstehung von ADHS spielen. Psychosoziale sowie Umwelteinflüsse aus Familie, Kindergarten und Schule verursachen keine ADHS, sondern wirken möglicherweise bei der Entwicklung der Störung mit.

2. WIE WIRD ADHS FESTGESTELLT?

2.1. Diagnose von ADHS

Bei der Diagnose von ADHS werden die Klassifizierungssysteme ICD und DSM herangezogen, welche unter anderem jeweils Symptomliste zur Feststellung der psychischen Störung ADHS beinhalten (vgl. Müller/ Candrian/ Kropotov 2011, S. 8). Anhand dieser Systeme können Allgemeinmediziner*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, approbierte Psychotherapeut*innen, Ambulanzen und sozialpädiatrische Zentren sowie einige Beratungsstellen ADHS diagnostizieren (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle).

Beim DSM handelt es sich um ein Manual der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (APA). Im DSM wird die Unaufmerksamkeit von Hyperaktivität und Impulsivität getrennt bewertet. Beide Teile werden durch je neun Kriterien, die alltäglich beobachtbare Verhaltensweisen darstellen, beschrieben (siehe Abb. 1). Für die Diagnose von ADHS müssen mindestens sechs von diesen Anforderungen in den letzten sechs Monaten, in zwei oder mehr Lebensbereichen beobachtbar gewesen sein. Die Bewertung der Kriterien sollte möglichst von den Eltern und mindestens einer weiteren Person beurteilt werden. Bei der Diagnose ist immer die aktuelle Entwicklungsphase des Kindes zu beachten. Zudem sollte es deutliche Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der schulischen, sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit geben. Außerdem ist darauf zu achten, dass die Symptome nicht nur aufgrund von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auftreten. Zum Schluss muss ausgeschlossen werden, dass die Symptome mit einer anderen psychischen Störung erklärt werden können (Differentialdiagnose). (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 9f.)

Die Kriterien sind in der aktuellsten Auflage – DSM-V teilweise überarbeitet worden. Seit der DSM-V reicht es für betroffene Personen ab 17 Jahren fünf Kriterien zu erfüllen und die Diagnosekriterien wurden zum Teil in den Erwachsenenbereich erweitert. Im DSM-IV bestand ein Diagnosekriterium darin, dass der Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr zu datieren ist. Dies wurde in der aktuellen Version auf das zwölfte Lebensjahr angehoben. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass zur sicheren Diagnose mehrere Personen befragt werden sollen. (vgl. Adapt, Internetquelle)

Neben den Kriterien für das DSM, wird auch die ICD zur Diagnose von ADHS angewendet. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellte ICD-10 gibt überwiegend ähnliche Kriterien wie die DSM-V an. Die Forschungskriterien verlangen sechs der neun Verhaltensauffälligkeiten von Unaufmerksamkeit, drei der vier Unterpunkte von Hyperaktivität und eine der vier Kriterien von Impulsivität (siehe Abb. 1). Die Unterschiede zwischen den Klassifizierungssystemen bestehen in den Voraussetzungen. Zum einen muss bei der ICD die Störung bereits vor dem siebten Lebensjahr beginnen. Zum anderen wird vorausgesetzt, dass die Symptome das schulische und soziale Leben der betroffenen Person beeinträchtigen oder erkennbares Leid verursachen. Wenn die Person an tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, manischen oder depressiven Episoden sowie an Angststörungen leidet, kommt es zum Ausschluss der Diagnose ADHS. Ein weiterer Unterschied ist, dass die ICD-10 zwischen klinischen und Forschungskriterien unterscheidet. Die klinischen Kriterien beschränken sich dabei auf die ausgeprägte Form der Kernsymptome. (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 6ff.)

Die Diagnose läuft dementsprechend bei beiden Systemen wie folgt ab: Zunächst kommt es zu einer Exploration. Dabei wird mit den Eltern und dem Kind über die Symptome und das auffällige Verhalten in den Lebensbereichen gesprochen. Je älter das Kind ist, so mehr wird es in die Gespräche eingebunden. Nach Einverständnis der Eltern kann ein Gespräch mit Erzieher*innen, Lehrkräften oder anderen beteiligten Personen folgen. Durch den Informationsgewinn aus dem Leben des Kindes ergibt sich die Feststellung der Kriterien und es kommt zum Ausschluss anderer möglicher Störungen (Differentialdiagnose). Außerdem wird der biographische sowie familiäre Hintergrund des Kindes erfragt sowie der Aspekt der Komorbidität überprüft, das heißt es wird geschaut, ob weitere Störungen bei der betroffenen Person vorliegen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Häufig werden hier Störungen der Entwicklung,

des Sozialverhaltens, Tic-Störungen und emotionale Störungen ergänzend diagnostiziert (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 15).

Währenddessen oder im Anschluss kommt es zur Exploration des Kindes. Dabei wird vor allem der Blick auf das Verhalten des Kindes gerichtet, um mögliche Anzeichen von ADHS zu erkennen. Die untersuchende Person achtet, deshalb entweder während des gemeinsamen Familiengesprächs oder bei einem Einzelgespräch auf die Verhaltensweisen. Allerdings zeigen die Kinder in den Untersuchungssituationen meistens ein angepasstes Verhalten, welche die Ergebnisse verzerren. (vgl. Schmid 2007, S. 12) Aus diesem Grund werden oft Spielsituationen inszeniert oder die untersuchende Person besucht die Schule oder erhält Videoaufnahmen aus dem Leben des Kindes, um Beobachtungen in der natürlichen Umgebung des Kindes durchzuführen (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle).

Ergänzend zum Untersuchungsgespräch werden verschiedene ADHS-spezifische Fragebögen eingesetzt. Durch diese erlangt die untersuchende Person weitere wichtige Informationen und kann dadurch gezielte Nachfragen während des Gesprächs stellen. Außerdem gibt es meist Vergleichsbögen, in denen eine durchschnittliche Beurteilung enthalten ist, sodass eine bessere Evaluation möglich ist. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Die Fragebögen und Checklisten zur Selbst- und Fremdbeurteilung sind für die unterschiedlichen Personen angelegt. Meistens werden sie gegliedert in Teil A, welcher Hobbys, Stärken und Kompetenzen des Kindes erfragt und Teil B, Verhaltensweisen und Auffälligkeiten. (vgl. Schmid 2007, S. 12)

Im weiteren Verlauf werden Testpsychologische Untersuchungen bei der Diagnose eingesetzt. Durch diese Untersuchungen kann das intellektuelle Leistungsvermögen, der Entwicklungsstand sowie die Konzentrationsfähigkeit und Impulsivität des Kindes überprüft werden. Außerdem werden einzelne schulische Teilleistungen wie Lesen, Schreiben und Rechnen untersucht, um zum Beispiel festzustellen, ob eine Lese-Rechtschreibstörung vorliegt. Die Intelligenz- und Entwicklungsüberprüfung ist vor allem notwendig, da Kinder mit schulischer Über- oder Unterforderung oft mit den typischen ADHS-Symptomen reagieren. Durch den Test können jene Kinder von der Diagnose ausgeschlossen werden und ggf. bessere Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten bekommen. Während der Untersuchung kann wiederum das Verhalten des Kindes beobachtet werden. Ergänzend dazu kann eine neuropsychologische Diag-

nostik erfolgen. Sie beschäftigt sich mit der Aufmerksamkeitsfähigkeit, der Selbstregulations- und Konzentrationsfähigkeit des Kindes. Allerdings ist diese Art von Untersuchungen sehr umstritten, da keine heterogenen Ergebnisse vorliegen. (vgl. Schmid 2007, S. 13ff.)

Zu jeder Feststellung von ADHS wird eine körperliche sowie neurologische Untersuchung beim Kind durchgeführt. Einerseits um andere körperliche Ursachen für die Symptome einer ADHS auszuschließen. Andererseits um eine mögliche Komorbidität festzustellen. Sollte es zu einer medikamentösen Therapie kommen, sind weitere Untersuchungen notwendig. (vgl. ebd., S. 16)

Im Laufe der Zeit sollten regelmäßige Verlaufskontrollen beim Kind durchgeführt werden. Zum einen um die Kernsymptome und eventuelle komorbide Störungen zu überprüfen. Zum anderen kann so die Wirkung von Interventionen bewertet und veränderte Lebensbedingungen dokumentiert werden. In Verlaufskontrollen können diagnostische Untersuchungen wiederholt werden. Wird eine medikamentöse Therapiewahrgenommen, erfolgen zusätzliche medizinische Verlaufskontrollen. (vgl. ebd., S. 12)

Eine Untersuchung der obengenannten möglichen Ursachen wie z. B. der Dopaminaktivität bzw. der Neurotransmitterkonzentration im synaptischen Spalt kann nur für die Forschung genutzt werden. Da die Belastung des betroffenen Kindes zu hoch ist und keine standardisierten Untersuchungen für betroffene Personen durchgeführt werden, sind die Kosten sehr hoch. Dementsprechend gibt es kein medizinisches Verfahren, um ADHS zu diagnostizieren. (vgl. ADHS Netzwerk, Internetquelle)

2.2. Aktuelle Zahlen in Deutschland

Die ADHS ist die am häufigsten auftretende Verhaltensstörung bei Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenzraten sind sehr unterschiedlich, da sie abhängig davon sind nach welchem Klassifizierungssystem diagnostiziert und welche Altersgruppe untersucht wird. Bei der Verwendung des DSM werden im Vergleich zur ICD deutlich mehr Menschen diagnostiziert. Ausschlaggebend sind hier die Definitionen der Subtypen und deren Kriterien. (vgl. Puls 2007, S. 3)

Wenn nach dem DSM-5 diagnostiziert wird, liegt die durchschnittliche Prävalenzrate bei etwa 3 - 7 %, das heißt, in Deutschland liegt bei 300.000 bis 700.000 Kindern und Jugendlichen eine ADHS vor. Hierbei sind Kinder mit einer geringeren Ausprägung der Kernsymptome nicht inbegriffen. Mädchen mit einer ADHS sind zwei- bis viermal

weniger betroffen als Jungen. Allerdings weisen Mädchen häufiger eine geringere Ausprägung auf, wodurch die ADHS oft übersehen wird. (vgl. zentrales adhs-netz, Internetquelle)

Für die Diagnostik nach ICD-10 liegt eine Studie aus dem Jahr 2018 vor. Die Durchführung unterlag Wissenschaftlern des Versorgungsatlas, welcher zum Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland gehört. Für die Studie wurden vertragsärztliche Abrechnungsdaten aus den Jahren 2009 bis 2016 verwendet. Dabei wurden vorwiegend Daten von Kinder im Alter von fünf bis vierzehn Jahren betrachtet. Sie mussten während des Kalenderjahrs 2016 mindestens einmal vertragsärztliche Leistungen beansprucht haben und in zwei verschiedenen Quartalen diagnostiziert worden sein. Die Studie ergab, dass in Deutschland bei rund 260.000 Kinder eine ADHS diagnostiziert wurde. Folglich entspricht die Prävalenzrate 4,3 %. Es konnte keine steigende Tendenz innerhalb von 2011 bis 2016 festgestellt werden. Die Diagnose betraf dreimal so viel Jungs wie Mädchen. Das signifikante Alter lag bei beiden Geschlechtern zwischen zehn und vierzehn Jahren. (vgl. Akmatov u. a. 2018, S. 1f.)

Eine weitere Langzeitstudie, welche Gesundheitsdaten von Kindern und Jugendlichen deutschlandweit repräsentiert, ist die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS). Die KiGGS wird vom Robert-Koch-Institut seit 2003 in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Die Studie ermittelt anhand von Elternbefragungen die Daten der gesundheitlichen Lage, unter anderem Werte der ADHS. Dazu werden Eltern von 3 – 17-jährigen Kindern gefragt, ob ein Vorliegen einer ADHS je diagnostiziert wurde. Die aktuellen Daten von 2014 - 2017 weisen eine Prävalenzrate von 4,4 % auf. (vgl. RKI 2018, Internetquelle) Im Vergleich mit der ermittelten Rate aus den Jahren 2003 – 2006 von 4,8 % und der Prävalenzrate von 5,0 % aus der zweiten Erhebung (2009 - 2012) zeigt sich ein Rückgang der ADHS-Diagnosen (vgl. RKI 2014, Internetquelle). Der Rückgang ist dabei in erster Linie bei den Jungen zu verzeichnen. Des Weiteren konnte in der Studie festgestellt werden, dass Kinder und Jugendliche aus einem ungünstigen sozialen Milieu häufiger ADHS aufweisen. (vgl. RKI 2018, Internetquelle)

Aus aktueller Studienlage tritt ADHS omnipräsent auf. Im Widerspruch zu den aktuellsten Studien haben viele Menschen das Gefühl, dass die Störung heute häufiger diagnostiziert wird. Eine mögliche Erklärung liegt hier, im schnellen Informations- und

Vernetzungskosmos der (sozialen) Medien. Viel mehr Menschen kennen die Störung und ihre Symptome, dadurch wird ADHS bewusster in der Gesellschaft wahrgenommen.

3. KRITISCHE BETRACHTUNG DER DIAGNOSE UND URSACHEN

Das Thema ADHS wird seit langer Zeit kontrovers im psychiatrischen und medizinischen Kontext diskutiert. Diese Auseinandersetzungen finden immer häufiger in der Gesellschaft statt. Durch die schnellen Informationsverbreitung der Medien, weiß die Mehrheit der Menschen zumindest, was ADHS ist. Darunter befinden sich Befürworter*innen und Kritiker*innen, welche sich tiefergehend mit der Thematik beschäftigen. Im Folgenden soll vor allem die kritische Betrachtungsweise auf die Thematik ADHS verdeutlicht werden. Dabei werden in erster Linie Aussagen von Mitgliedern der Konferenz ADHS zitiert.

Bei der Konferenz ADHS handelt es sich, um eine Vereinigung von Menschen, die den Zusammenhang zwischen Kindern und ADHS, als kritisch ansehen (vgl. Schmidt 2018, S. 11f.). Sie sehen die Störung als eine Modekrankheit, die unter anderem durch eine subjektive und unzuverlässige Diagnose erfolgt (s. Kap. 2.1.). ADHS kann körperlich nicht nachgewiesen werden und unterliegt einer subjektiven Verhaltenseinschätzung einzelner Ärzt*innen. Demnach ist die Entscheidung der Eltern, bei Wahl der ärztlichen Untersuchung, von großer Relevanz und beeinflusst maßgeblich das Ergebnis. (vgl. ebd., S. 334f.) Die Ärzt*innen können mit Hilfe der zwei unterschiedlichen Kategorisierungssysteme ICD und DSM eine Diagnose stellen. Nach der subjektiven Einschätzung der Bezugspersonen, folgt die subjektive Einschätzung und Bewertung der Ärzt*innen anhand vorbestimmter Kriterien, welche einen entsprechenden Interpretationsraum gewähren. Des Weiteren ist in der Praxis zu beachten, dass die psychologischen Testverfahren nicht ADHS-spezifisch sind. Folglich treffen die Ergebnisse für einen Großteil von psychischen Störungen zu. Es gibt keine vorgegebenen Auswertungskriterien für ADHS. Dementsprechend unterliegt die Diagnose erneut einer subjektiven Bewertung der Ärzt*innen. (vgl. ebd., S. 81ff.)

Des Weiteren hinterfragt Schmidt die neuroanatomischen Ursachen von ADHS bei Kindern. Es liegen zahlreiche Forschungsergebnisse zu veränderten Hirnstrukturen und Hirnaktivitäten vor. Allerdings gibt es zahlreiche Studien, die jenes nicht nachweisen konnten. Es gibt keinerlei wissenschaftliche Belege dafür, dass die Veränderungen ausschließlich bei Menschen mit ADHS vorkommen. (vgl. ebd., S. 100f.) Neuro-

wissenschaftler*innen konnten feststellen, dass sich das Gehirn durch das Lernen z. B. eines Musikinstruments entwickelt. Dabei verändern sich die Strukturen im Gehirn und es kommt zu differenzierten Verknüpfungen der neuronalen Netzwerke. (vgl. Brzoska/ BR24 Redaktion 2019, Internetquelle) Demzufolge sind die neuroanatomischen Faktoren, welche als eine Ursache für die ADHS angesehen werden, multikausal. Kinder mit unterschiedlichen Erfahrungen weisen unterschiedliche Hirnstrukturen und Aktivitäten auf. Schließlich können die neuroanatomischen Faktoren nicht für die Ursache der ADHS ausschlaggebend sein. Gleichzeitig belegt die Erkenntnis der Neurowissenschaftler*innen, eine mögliche Wirkung von psychosozialen Faktoren sowie Umwelteinflüssen auf das Gehirn.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die ADHS derzeit nicht ausreichend untersucht und erforscht ist. Die bereits durchgeführten empirischen Studien weisen häufig differente Ergebnisse auf, sodass die Störung kaum belegbar ist. Bis zu eindeutig belegbaren Ursachen für eine ADHS, können die Symptome nur als „Verhaltensmuster als Anpassungsschwierigkeiten an gesellschaftliche Erwartungsstrukturen“ (Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 88) dargestellt werden.

Grundsätzlich wird ADHS als eine psychische Störung weltweit anerkannt, die anhand der Kriterien der ICD oder des DSM diagnostiziert werden kann. Dass hinter einer ADHS-Symptomatik ein lebhaftes Kind oder eine andere psychische Störung oder äußere Faktoren wie Familien- oder Schulprobleme stecken können, soll durch eine sorgfältige Diagnose ausgeschlossen werden. (vgl. Amrhein 2015, Internetquelle) Inwieweit die Diagnose ein sicheres Ergebnis hervorbringen kann, ist fraglich.

4. AUSWIRKUNGEN AUF BETROFFENE KINDER – STIGMA ADHS

Durch ihr auffälliges störendes Verhalten geraten Kinder mit ADHS oft in den Mittelpunkt bei Lehrer*innen, bei bekannten und außenstehenden Personen. Bei Gleichaltrigen sind sie nicht sehr beliebt und ihrer Familie bereiten sie oft Sorgen und Ärger. Mit der Diagnose ADHS erhalten die Kinder eine eindeutige Zuschreibung ihres Problems. Sie bekommen das Stigma ADHS aufgedrückt. Folglich wird geklärt, was das für die Kinder bedeutet und welche Folgen es mit sich bringen kann.

4.1. Definition Stigmatisierung

Der Soziologe Erving Goffman beschäftigte sich zeitlebens mit der Analyse sozialer Zuschreibungsprozesse. Darunter analysierte Goffman den Prozess der Stigmatisie-

rung. Sein Werk „Stigma“ ist Ausgangspunkt vieler Schriften und Studien. Für Goffman beginnt das Stigma beim Unterschied zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität. Virtuelle soziale Identität beschreibt dabei, die stereotypen Forderungen und Erwartungen an z. B. Charakterzüge oder Verhaltensweisen, die eine Person in einer bestimmten Personenkategorie aufweisen beziehungsweise nicht aufweisen soll. Die aktuelle soziale Identität stellt die tatsächlichen Eigenschaften und Merkmale eines Individuums dar. Stellt sich ein fremder Mensch sofort mit der Störung ADHS vor, wandelt sich unsere Vorstellung von einer gewöhnlichen Person, welche die normativen Erwartungen erfüllt, zu einer beeinträchtigten Person mit Handicap. ADHS gilt dabei als Stigma. Stigma sind Merkmale, Eigenschaften und Verhaltensweisen, welche diskreditierend wirken und eine negative Diskrepanz zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität schaffen. Diese Diskrepanz ruft Abwertungen, verfälschte Wahrnehmungen und Zuschreibungen von Eigenschaften und Motiven hervor. Goffman unterscheidet dabei drei Arten von Stigma, Menschen mit Körperbehinderungen und Deformationen, Personen welche „individuelle Charakterfehler“ (Goffman 2007, S. 12) aufweisen, z. B. Menschen mit psychischen Störungen oder mit Suchtverhalten, Kriminalität, Arbeitslosigkeit oder Homosexualität. Der dritte Typus beschreibt Stigmata, welche sich auf die Nation, Herkunft und Zugehörigkeit zu ethnischen oder religiösen Gruppe beziehen. (vgl. Goffman 2007, S. 10ff.)

Die Stigmatisierung kann in interpersonelle, öffentliche, strukturelle und Selbststigmatisierung unterschieden werden. Interpersonelle Stigmatisierung zeichnet sich in direkten zwischenmenschlichen Interaktionen u. a. im direkten Umfeld ab. Hierunter zählen z. B. Mobbing, persönliche Angriffe, Ablehnung, Vermeidung und Unverständnis. Kommt es zu Benachteiligungen am Arbeitsplatz, im Kindergarten oder z. B. bei der Wohnungssuche oder beim Einkaufen zählt das zur öffentlichen Stigmatisierung. Außerdem fallen unter diese Form, diskriminierende Inhalte und Darstellungen der Medien. Eine weitere Form ist die strukturelle Diskriminierung, das heißt die Benachteiligung durch z. B. die Politik, Versicherungen und Ämter. Ein Beispiel für strukturelle Diskriminierung ist, wenn Menschen mit psychischen Störungen keine gleichwertigen Leistungen erhalten wie Menschen mit physischen Störungen und dadurch Benachteiligung erfahren. Die letzte Form ist die Selbststigmatisierung. Sie wird meist durch die genannten Stigmatisierungsformen hervorgerufen. Die Personen sehen sich selbst als minderwertig und inkompetent an, schämen sich und schreiben sich die Schuld für ihre Störung zu. Sie stigmatisieren sich selbst durch negative Selbst-

einschätzungen. Oft meiden die Personen soziale Kontakte und die Arbeit. Durch die eigene Selbstabwertung, verzerrt sich ihre Identität. Das hat meistens negative Auswirkungen für den Verlauf der Störung zur Folge. (vgl. Amrhein 2018, Internetquelle)

Gründe durch welche Stigmata entstehen, sind nicht vorhandenes beziehungsweise falsches Wissen und falsche Vorstellungen. Oftmals werden die Etikettierungen in den Medien, vor allem in Serien und Filmen verstärkt. Durch eine übertriebene, unheimliche oder lächerliche Darstellung erhalten Zuschauende ein falsches Bild von den psychischen Störungen. In der Realität übertragen sie das Bild aus den Medien auf die betroffene Person, werfen negative Eigenschaften vor und drücken ihr damit ein Etikett auf. Neben den betroffenen Personen werden auch Angehörige stigmatisiert. Eltern von Kindern mit ADHS erhalten oft Schuldzuweisungen. Sie werden für die Störung oft verantwortlich gemacht. (vgl. ebd.)

4.2. Folgen vom Stigma ADHS

Stigmatisierungen verunsichern und beschäftigen Betroffene alltäglich in ihrem Leben. Sie stehen stetig unter Stress und Angst von Personen in Situationen zurückgewiesen und ausgegrenzt zu werden. Zusätzlich zu ihrer Störung wirkt sich die Etikettierung auf das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen, die Lebensqualität und den Verlauf der Störung aus.

Kinder mit ADHS haben Schwierigkeiten dem erforderlichen Leidensdruck standzuhalten. Anforderungen in der Schule und im sozialen Leben überfordern sie. Die Kinder erleben selten positive (Bindungs-) Erfahrungen. Konflikte mit der Familie, Auseinandersetzungen und Maßregelungen von den Lehrkräften, Ausgrenzung und Mobbing von gleichaltrigen Kindern und kritische Äußerungen von außenstehenden Personen erleben die Kinder täglich. Durch eine ungünstige Reaktion der Mitmenschen auf die Symptome der ADHS reduziert sich bei den Kindern das Selbstwertgefühl. Sie sehen sich als unbeliebt, unerwünscht und nutzlos. (vgl. Amrhein 2018, Internetquelle)

In diesem Zusammenhang ist der Rosenthal-Effekt/ Pygmalion-Effekt an einem Beispiel aus der Schule zu erläutern. Ein Schüler wird im Laufe des Schuljahrs mit ADHS diagnostiziert. Der Lehrer entwickelt durch die Diagnose negative Erwartungen und Rollenbilder wie z. B. schlechter Schüler oder Klassenclown. Grundlegend ist der Lehrer aufgrund des Verhaltens des Kindes eher genervt. Dadurch verringern sich Lob

und Ermutigungen gegenüber des Schülers. Außerdem wird der Lehrer in mehrdeutigen Leistungen sich eher für schlechtere Noten entscheiden. Die Leistungen des Schülers werden vom Lehrer beeinflusst. Wenn der Lehrer, die Erwartungen hat, dass der Schüler schlechte Noten schreibt und sich nicht angemessen verhält, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Schüler wirklich schlechte Noten schreibt und ein unangemessenes Verhalten aufweist. Ergänzend ergeben sich selbsterfüllende Pro-
phezeiungen. Durch das Bewusstwerden von anderen stigmatisierenden Fremdbildern, merkt das Kind mit ADHS, dass ein negatives Bild z. B. des Klassenclowns von ihm erwartet wird. Das Kind identifiziert sich mit dem zugeschriebenen Rollenbild. Das Selbstbild verändert sich unbewusst, sodass es schließlich die Erwartungen des Lehrers erfüllt und das Kind der Klassenclown ist. (vgl. Erb 2018, Internetquelle) Die Symptome der ADHS werden durch die Stigmatisierung verstärkt. Zudem verzerren sich die Identität und die Persönlichkeit des Kindes. Im späteren Leben wird es für die Kinder nicht leichter, Stigmatisierung und Diskreditierung in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft sind alltäglich.

Stigmata der Gesellschaft beeinflussen erheblich das Leben der betroffenen Personen und deren Angehörigen. Aus diesem Grund ist es wichtig, zum einen die Gesellschaft für psychische Störungen zu sensibilisieren und ihnen fachliches Wissen zu vermitteln. Zum anderen die Betroffenen über Stigmata, den Umgang mit Stigmatisierung und die eigene Störung aufzuklären, um die vorhandenen Stigmata zu bewältigen und präventiv zu handeln. Durch ein genaueres Wissen über die eigene Störung können Vorurteile abgewehrt werden. Durch den Ansatz des Empowerment (s. Kap. 7.5.1.) werden die Fähigkeiten, Ressourcen und Interessen gefördert, sodass die Betroffenen ihre eigenen Bedürfnisse vertreten können. (vgl. Amrhein 2018, Internetquelle)

5. AUSWIRKUNGEN FÜR DIE ELTERN

Die Erziehung und der Umgang mit dem eigenen Kind sind generell für Eltern meistens aufregend und fordernd. In der heutigen Zeit bilden Eltern oft die Begleit-, Spiel-, und Lernpartner*in für ihr Kind. Gleichzeitig stehen sie unter einem stetigen Zeit-, Organisations- und Leistungsdruck. Eltern investieren Zeit, Kraft, Energie und finanzielle Mittel, um dem hohen Erziehungsanspruch gerecht zu werden. (vgl. Henry-Huthmacher 2008, S. 42f.) Schließlich gibt es zahlreiche Optionen und Hinweise wie die Kinder erzogen werden und aufwachsen sollen. Dem eigenen Kind soll es an

nichts fehlen und die Eltern-Kind-Beziehung soll stets harmonisch und liebevoll sein. Wenn das nicht der Fall ist, wurde das Kind nicht richtig erzogen und die Eltern haben versagt. Jedem Menschen sollte bewusst sein, dass das nicht der Realität entspricht und Schwierigkeiten in jeder Familie auftreten können.

Eltern mit auffälligen Kindern sind dennoch bei vielen Menschen gescheitert. Sie werden für ihre schlechte Erziehung verurteilt und mit ihrer Unfähigkeit konfrontiert. Eltern hinterfragen oft ihre Kompetenzen und schreiben sich die Schuld zu. Mit der Diagnose ADHS und damit einer Zuschreibung der vorhandenen Probleme, werden betroffene Eltern vor viele Entscheidungen und Hürden gestellt. Sie müssen über die Therapiemaßnahmen und Förderungsmöglichkeiten entscheiden, welche sich gravierend auf die Zukunft ihres Kindes auswirken können. Zusätzlich sollten sie sich ausgiebig informieren, sich beraten und aufklären lassen, an Interventionen teilnehmen und ihr Kind bei allem unterstützen. Welcher Umgang mit dem betroffenen Kind förderlich ist und in welcher Form Eltern Hilfen bekommen wird im Folgenden geschildert.

5.1. Umgang mit dem Kind

Bei Familien mit betroffenen Kindern kommen zusätzliche Herausforderungen dazu, welche den harmonischen Familienalltag zusätzlich erschweren. Kinder mit der Diagnose ADHS fallen durch ihre Verhaltensauffälligkeiten aus dem gesellschaftlichen Idealbild raus. Für Eltern, Familienangehörige und pädagogische Fachkräfte wird die Erziehung zur Geduldsfrage. Umso älter die Kinder werden, umso schwieriger wird meist die Situation in der Familie. Wie die Eltern besser mit dem eigenen betroffenen Kind umgehen können, wird im Folgenden beschrieben. Nicht außer Acht zu lassen ist dabei der Fakt, dass es sich hierbei um Vorschläge und Erziehungsstrategien handelt.

Der Umgang mit dem Kind ist meistens durch einen Teufelskreislauf gekennzeichnet, welcher sich wie folgt beschreiben lässt. Das Kind hat nach jeder Aufforderung der Eltern die Wahl zwischen Befolgen oder Ignorieren des Auftrags. Dementsprechend reagieren die Eltern auf das Verhalten des Kindes. Erfüllt das Kind die Aufgabe, widmen sich die Eltern ihren Aufgaben und beachten das Kind nicht weiter. Ignoriert das Kind die Aufforderung wiederholend, spitzt sich die Situation zu und die Eltern geben nach oder reagieren immer ärgerlicher. Solche Situationen enden oft mit Drohungen und aggressiven Handlungen. Die zuspitzende Situation erfährt in diesem Kreislauf vermehrte negative Erlebnisse, welche die Verhaltensweisen verstärken. Sollten die

Eltern aufgeben, lernt das Kind geduldig darauf zu warten und nimmt Äußerungen nicht mehr ernst. Bei aggressivem Verhalten der Eltern nimmt sich das Kind die Eltern als Modell und verinnerlicht, dass körperliche Stärke gewinnt. Es wird zu einem aggressiven Verhalten ermutigt. Sollte das Kind der Aufforderung nachkommen, sich die Eltern allerdings ihren Tätigkeiten zuwenden, erlebt das Kind keine ausreichende Aufmerksamkeit. Dadurch wird es den Aufforderungen in Zukunft weniger nachkommen. Der Umgang mit dem Kind ist zunehmend negativ geprägt und kann zu einer schwierigen Eltern-Kind-Beziehung führen. Aus diesem Grund ist es zunächst wichtig, dass die Eltern diesen Teufelskreis von alltäglicher Aufforderung und Nicht-Befolgen des Kindes verinnerlichen und Strategien bilden, um diesen zu durchbrechen. Der Kreislauf betrifft alle Familien mit Kindern. Allerdings wirken sich die negativen Folgen stärker bei Kindern mit ADHS aus und somit kommt es häufiger zu dieser Situation. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Das ADHS Infoportal des zentralen adhs-netz bietet zahlreiche Informationen für betroffene Kinder, Jugendliche, deren Eltern und Angehörige sowie betroffene Erwachsene. Darunter befinden sich Grundprinzipien, welche Eltern beim Umgang mit dem Kind unterstützen sollen. Folglich werden diese zusammengefasst dargestellt.

Zuerst wird empfohlen, dass Eltern sich ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen widmen sollen. Die Aufgabe, ein Kind mit ADHS zu erziehen, erfordert extra viel Kraft und Energie. Aus diesem Grund ist es wichtig, sich Entspannung, Auszeiten und Entlastungen wie andere Verwandte oder Freunde zu organisieren, welche bei der Erziehung helfen. Ein Faktor um Stress zu vermeiden ist, sich zu erlauben, Fehler in der Erziehung machen zu dürfen. Niemand kann ein Kind „perfekt“ erziehen. Durch ausgeglichene und entspannte Eltern profitiert das Kind gleichermaßen. (vgl. ebd.)

Ein weiterer Hinweis des Infoportals zielt auf einer Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung hin. Das Verhältnis ist bei Familien mit betroffenen Kindern oft belastet und negativ geprägt. Infolgedessen sollten Eltern versuchen positive Erfahrungen und Erlebnisse aus ihrer Beziehung zum Kind hervorzuheben. Die positiven Aspekte sind bei kleinen Dingen zu finden wie einer Begrüßung oder Tätigkeiten im Haushalt, wie auch bei Bemühungen und Fortschritten im Alltag. Vor allem wenn die Selbstverständlichkeit ausgeblendet wird, kann das Verhältnis verbessert werden. Anschließend sollte dem Kind die Positivität durch Nettigkeiten und Äußerungen in diesen Situationen signalisiert werden. Weiterhin stärkt die gemeinsame Zeit bei Spiel und Ak-

tivitäten die Bindung. Grundsätzlich kommt es dabei nicht auf die Dauer an, sondern eher auf mehrere Zeitpunkte der positiven Aufmerksamkeit. (vgl. ebd.) Gleichzeitig braucht das Kind eigene Aktivitäten in seiner Freizeit, um mit gleichaltrigen Kindern zu spielen, Sport zu treiben; einer Begabung nachzugehen oder selbstständig und selbstbestimmt zu spielen. Das Kind geht dem Drang der Bewegung nach, lernt Regeln einzuhalten, fördert die Kreativität und übt sich autonom zu bewegen. (vgl. ZVBV e.V., Internetquelle)

Die Kommunikation ausgehend von den Eltern gelingt besser, umso kongruenter die Aussage ist. Das bedeutet, dass die Körpersprache und die verbale Botschaft mit einander übereinstimmen. Ist jenes nicht der Fall, wird das Kind auf die nonverbalen Signale oder in keiner Weise reagieren und die Aufforderung schlägt fehl. Hilfreich ist es zudem mit dem Kind Blickkontakt und Körperkontakt herzustellen, wenn es um relevante Anweisungen geht. (vgl. ebd. S. 143f.)

Um den Umgang zu erleichtern, hilft es einfache und klare Regeln, Abläufe und Strukturen für alle aufzustellen. Kindern mit ADHS fällt es häufig schwer, sich selbst zu organisieren und zu steuern. Durch die konsequent eingesetzten Regeln erfährt das Kind Orientierung und Sicherheit. Besonders hervorzuheben ist dabei die Konsequenz. Wenige klare Regeln, ergeben beim Kind eine bessere gezielte Wirkung, als Regeln, die stets ergänzt werden. Weiterhin hilft es, die Regeln gemeinsam mit allen Familienmitgliedern aufzustellen, zu besprechen und deren Realisierung zu beachten. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Außerdem kann das Durchhaltevermögen des Kindes erweitert werden, wenn die Eltern dem Kind Mut machen und es stets loben. Insbesondere Begabungen des Kindes sollten unterstützt und gefördert werden, damit es Erfolge erlebt und folglich das Selbstbewusstsein steigt. (vgl. ZVBV e.V., Internetquelle)

Die Regeln einzuhalten, wird dem Kind schwerfallen. Demzufolge ist es förderlich, das Kind mit ADHS kurz vor problematischen, reizenden Situationen und an ausgewählte Regeln zu erinnern. Insbesondere in der Öffentlichkeit kann der Stress dadurch minimiert werden. Zusätzlich können vor solchen Momenten mit dem Kind eventuelle Belohnungen vereinbart werden. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Eine alltägliche Herausforderung sind die Hausaufgaben. Durch Ordnung z. B. auf dem Schreibtisch, Geduld, strukturelle Einteilung und positive Verstärkung der Eltern kann die kritische Situation entschärft werden. (vgl. ZVBV e.V., Internetquelle)

Die Eltern sollten bei erfolgreichem Einhalten der Regeln und in allgemeinen Situationen, das Kind ausreichend loben. Dabei reichen nonverbale Signale und kurze nette Äußerungen, welche dem Kind die Zufriedenheit zeigen. Angesichts der positiven Verstärkung, können so bei Regelverletzung negative Konsequenzen folgen. Dabei ist auf die strikte und zeitnahe Ausführung der ausgesprochenen Konsequenzen zu achten. Die Härte der Bestrafung sollte dabei hinten anstehen. Zu jeder wichtigen Regel sollten sich im Vorhinein realistische Konsequenzen überlegt werden. Diese sollten zudem mit allen Bezugspersonen besprochen werden, damit Einigkeit herrscht und die Konsequenzen sofort nach dem Problemverhalten erfolgen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Bei der Wahl der Konsequenz darf die ADHS-Problematik und der Entwicklungsstand des Kindes nicht außer Acht gelassen werden. Für den Verstoß ist nicht grundsätzlich das Kind schuld, sondern die Auswirkungen der ADHS. Das Verhalten der Eltern sollte transparent, also deutlich und ehrlich, mit dem Kind kommuniziert werden. (vgl. Ludewig, Internetquelle) Wichtig ist zudem, dass die Kritik sich nicht gezielt an das Kind im Allgemeinen richtet, sondern an die spezifische Verhaltensweise. Der kritischen Äußerung sollte eine Begründung angehängt werden. Ein Beispiel dafür wäre: „Ich wünsche mir, dass du deine Schuhe in das Regal stellst, weil ich befürchte, dass ich darüber fallen könnte.“ Das Beispiel bietet gleichzeitig einen Lösungsvorschlag an. Hilfreich können hier zusätzlich Lob-/Kritikkalender oder Verstärker-Pläne mit Bonuspunkten sein. Kinder (mit ADHS) benötigen Lob und Bestärkung der Eltern. Indem die Eltern sich auf die Stärken des Kindes konzentrieren und diese hervorheben, werden das Selbstwertgefühl und das Sicherheitsgefühl beim Kind wachsen. (vgl. Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 142f.)

Die Erziehung von Kindern (mit ADHS) fordert den Eltern viel ab. Daher geraten Eltern beim Umgang an ihre menschlichen und emotionalen Grenzen. Sie verzweifeln, werden wütend und sind schlicht überfordert. In diesen kritischen Momenten wird den Eltern geraten, den Überblick zu behalten, mit Ruhe und innerer Abgrenzung zu reagieren. Außerdem kann es helfen, sich aus der Situation zu ziehen, sobald dies möglich ist, um zurück zu neuer Kraft und Gelassenheit zu gelangen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Sollten diese Situationen zu einer dauerhaften Belastung werden, gibt es zahlreiche Anlaufstellen, wo Eltern Hilfe bekommen.

5.2. Hilfen für Eltern

Die Beziehung zu den eigenen Kindern mit ADHS bringt viele Eltern an ihre Belastungsgrenze und wirft vielseitig Fragen auf. Um die Eltern beim Umgang mit dem Kind zu unterstützen gibt es zahlreiche Hilfsangebote der Sozialen Arbeit (s. Kap. 7.3.), die sich an die Eltern und die Familie richten.

Eine weitere Variante sind Selbsthilfegruppen. Vielerorts haben sich betroffene Eltern und Bezugspersonen zusammengeschlossen, um sich in einem geschützten Rahmen untereinander austauschen zu können. Die Angehörigen von ADHS-Betroffenen treffen sich regelmäßig in der Gruppe, um Erlebnisse und Erfahrungen zu teilen und so z. B. Strategien zum Umgang mit ADHS zu entwickeln. Gleichzeitig ist der Raum für Emotionen, Ängste und Fragen der Teilnehmenden gegeben. Durch das gleiche Anliegen besteht ein gemeinschaftliches Verständnis für die Lebenslage. Eine professionelle Leitung der Gruppe ist nicht notwendig. Oft werden Selbsthilfegruppen von der Sozialen Arbeit vermittelt und initiiert. (vgl. NAKOS 2020, Internetquelle) Weiterhin gibt es deutschlandweit sogenannte ADHS-Netze. Diese sind regional und arbeiten interdisziplinär, um Menschen mit ADHS zu versorgen. (vgl. zentrales adhs-netzwerk, Internetquelle) Zudem besteht die Möglichkeit sich über soziale Medien zusammen zu finden und auszutauschen oder an Online-Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

6. BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN VON ADHS

Bei Kindern, welche eine Diagnose von ADHS aufweisen, sollten die möglichen Behandlungsformen abgeklärt werden. Das bedeutet, die Eltern und die betroffenen Kinder (je nach Alter) sollten soweit über das Störungsbild, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten informiert und aufgeklärt sein, dass sie eine freie Entscheidung nach den eigenen Wünschen und Ressourcen treffen können. Ergänzend zu einem Behandlungsgespräch werden Angebote der Psychoedukation angeboten (s. Kap. 6.2.). In der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Personen mit ADHS dargelegt. Sie richtet sich vor allem an Ärzt*innen, aber auch an alle Berufsgruppen, die beteiligt sind bei der Diagnostik und Behandlung von ADHS. (vgl. AWMF, S. 9) Bei der Erstellung der Behandlungsform sollte auf die persönlichen Faktoren, den Schweregrad der ADHS, die eventuellen komorbiden Störungen und die Umgebungsfaktoren geachtet werden. Im Weiteren sollte der Blick auch auf die individuellen Stärken und Ressour-

cen des Kindes gelegt werden. Dadurch kann ein gemeinsames Konzept, bezüglich der Ursachen und dem weiteren Verlauf der Störung, gestaltet werden. (vgl. AWMF, S. 17)

6.1. Therapie mit Medikation

Die medikamentöse Therapie hat das Ziel Dysfunktionen in den Bereichen des zentralen Nervensystems auszugleichen, welche durch die Veränderung der Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin hervorgerufen wurden. Das häufigste verwendete Medikament ist dabei der Arzneistoff Methylphenidat, besser bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin®. Methylphenidat. Dieses zählt zu den Psychostimulanzien und wirkt über den Eingriff im Gehirnstoffwechsel. Vereinfacht dargestellt, führt es zu einer Blockade von Dopamin-Transportern. Dadurch wird das Dopamin nicht mehr zu den Gehirnnervenzellen transportiert, sondern bleibt im synaptischen Spalt erhalten. (vgl. Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 132ff.) Bei mindestens 70 % der Kinder mit ADHS führt die Gabe von Methylphenidat zu einer Minderung der Unaufmerksamkeit und der Ruhelosigkeit und einer zeitgleichen steigenden Konzentrationsleistung. Die verschiedenen Methylphenidat-Präparate haben eine unterschiedliche Wirkungsdauer von vier Stunden (Ritalin®) bis zwölf Stunden. (vgl. Banaschewski, Internetquelle) Es wurden zahlreiche Studien und Untersuchungen durchgeführt, welche die Wirkung und Verträglichkeit von Methylphenidat belegen. Dennoch können Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Appetitminderung, Ängstlichkeit und Müdigkeit auftreten. Zudem können vorhandene Tic-Störungen beeinflusst werden. (vgl. Kahl 2007, S. 22)

Eine Medikation kann auch durch die Substanz Atomoxetin erfolgen. Die Substanz hemmt die Wiederaufnahme von Noradrenalin und wirkt im Vergleich zu den meisten Methylphenidat-Präparaten häufig über den ganzen Tag. Eine stärkere Medikation sind Dexamphetamin-Präparate. Jene können nur unter speziellen Herausforderungen durch Ärzt*innen verordnet werden. Weiterhin ist die Therapie durch Guanfacin möglich. (vgl. ADHS, Infoportal, Internetquelle) Der Wirkstoff ist zur Behandlung zugelassen, wenn Kinder und Jugendliche eine Behandlung mit Stimulanzien nicht vertragen oder diese bisher wirkungslos waren (vgl. Pharmazeutische Zeitung 2018, Internetquelle). Die Medikamente wirken ausschließlich über die Zeit, in der sie eingenommen werden und können ADHS nicht heilen.

Die medikamentöse Behandlung wird erst ab einem Alter von sechs Jahren und nach einer ausführlichen Beratung empfohlen. Für die Therapie mit Medikation sollte das Kind eine stark ausgeprägte ADHS-Symptomatik aufweisen, das heißt unter signifikanten Beeinträchtigungen im schulischen Kontext, der Freizeit – wie dem sozialen Miteinander oder des Familienlebens leiden. Bei einer durchschnittlichen Ausprägung von ADHS, wird nach ausführlichen Informationsgesprächen zu einer Medikation oder einer nicht-medikamentösen Verhaltenstherapie geraten. Sollte diese nicht wirksam sein und beeinträchtigende Symptome bestehen bleiben, wird eine medikamentöse Therapie in Betracht gezogen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Dabei ist die Therapie mit Medikamenten zunächst immer ein Versuch. Bei jedem Kind muss einzeln überprüft werden, ob die Gabe dieser wirkt und inwieweit Nebenwirkungen auftreten. Je nachdem wird geschaut, wie die Therapie optimal weitergeführt werden kann. Nach dem Behandlungsversuch erfolgt meist eine Therapie von sechs bis zwölf Monaten. Danach werden sogenannte Auslassversuche unternommen, wodurch die Notwendigkeit erprobt und eventuell neu dosiert wird. Während der Therapie müssen regelmäßige medizinische Verlaufskontrollen und Beratungen durchgeführt werden. Dadurch werden die Werte, das Gewicht und die Größe des Kindes ermittelt und mögliche Nebenwirkungen festgestellt. (vgl. ebd.)

Sollte ein Kind vor dem sechsten Lebensjahr eine starke Ausprägung von ADHS aufweisen und verschiedene therapeutische Maßnahmen zeigen keine Wirkung, können in Ausnahmefällen nicht zugelassenen Medikamente trotzdem angewendet werden. Die Therapie mit Medikation ist als Ergänzung oder als Voraussetzung für den wirksamen Verlauf anderer Behandlungsformen anzuwenden. (vgl. ebd.)

6.2. Nichtmedikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie sollte dementsprechend mit anderen Behandlungsformen verknüpft durchgeführt werden. Dazu wird ein multimodaler therapeutischer Behandlungsplan erstellt. In diesem werden die Symptomatik, die Funktionsfähigkeit, die Teilhabe und die Prioritäten der betroffenen Person mit den Interventionen kombiniert. (vgl. AWMF 2018, S. 17) Der Behandlungsplan sollte demnach stets individuell erstellt werden, das heißt, dass dieser sich nach der Ausprägung der ADHS-Symptomatik und den Bedarfen sowie Wünschen der Kinder und Eltern richtet. Zudem ist eine Interdisziplinarität zwischen allen Instanzen erforderlich.

Vorerst ist es sinnvoll, psychoedukative Angebote wahrzunehmen. Ziel der Psychoedukation ist das Bewusstwerden und der sichere selbstverantwortliche Umgang mit den Schwierigkeiten und dem psychischen Leiden der ADHS. Durch die Methode werden Informationen, Bewältigungsstrategien und ein gesundheitsfördernder Lebensstil in Bezug zur ADHS vermittelt. Je nach Alter der Kinder, richtet sich das Angebot vorerst an deren Bezugspersonen. (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 131f.)

6.2.1. im Vorschulalter

Für Kinder im Vorschulalter (drei bis sechs Jahre) kommt eine Behandlung mit Medikamenten nur in Ausnahmefällen zum Einsatz. In diesem Alter werden eher psychosoziale Interventionen auf verhaltenstherapeutischer Basis angewendet, um die ADHS-Symptomatik zu vermindern. (vgl. AWMF 2018, S. 24) Die Verhaltenstherapie besteht aus vielschichtigen Ansätzen, welche durch problem- und zielorientierte sowie durch handlungsorientierte und transparente Arbeit, das Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe hat. Der Ansatz sieht Problem- und Belastungsbedingungen als Ursprung der psychischen Störung. Durch verhaltenstherapeutische Interventionen kann daraus entstandenes dissoziales Verhalten verlernt werden (vgl. Beushausen 2020, S. 36). Im Vorschulalter richten sich die Interventionen vor allem an das nähere Umfeld und an die verschiedenen Bezugspersonen der Lebensbereiche des betroffenen Kindes. Primär spielen die Interventionen auf das Erziehungsverhalten gegenüber des Kindes und die Stärkung der Beziehung an. Dementsprechend sind sie an die Eltern gerichtet. Die Eltern können Elternschulungen, Trainings und Beratungen in diesem Kontext wahrnehmen. Das Ziel dabei ist, die Eltern für die ADHS-Symptomatik zu sensibilisieren, das Erziehungsverhalten zu optimieren und eine Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes im familiären Umfeld zu schaffen. (vgl. AWMF 2018, S. 24ff.) Dafür lernen die Eltern in den Interventionen Aufforderungen, Anweisungen und Konsequenzen richtig zu formulieren und als Elternpaar gleichermaßen einzusetzen. Dazu wird unter anderem die Kommunikationsfähigkeit zwischen dem Elternpaar und zwischen Eltern und Kind weiterentwickelt. Zudem werden mögliche Regeln und nützliche Tagesstrukturen erarbeitet, um den konsequenten, sicheren Umgang zu verstärken. Zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung werden in den Tagesplan gemeinsame Familienzeiten geplant und gestaltet. In der Zeit soll sich mindestens ein Elternteil ausschließlich mit dem Kind beschäftigen, sodass sie gemeinsam spielen und Spaß haben. (vgl. Schmela 2010, S. 126) Die unterstützenden Maßnahmen können auch präventiv von Eltern genutzt werden, wenn das Kind z. B. bisher nicht alle Diag-

nosekriterien erfüllt. Die Interventionen finden im Gruppen- oder Einzelformat statt. Je nach Komplexität der Problematik und Bedarf kann die Form frei gewählt werden. (vgl. AWMF 2018, S. 24ff.)

Da sich die ADHS-Symptome auch in anderen Lebensbereichen wie zum Beispiel der Kindertagesstätte zeigen, gibt es spezielle Schulungen für pädagogische Fachkräfte. Dabei haben die Interventionen wie Erziehertrainings und Beratungen die gleichen Ziele wie bei Elterntrainings: Verständnis schaffen, Optimierung des Erziehungsverhaltens und die Verhaltensprobleme im pädagogischen Kontext vermindern. (vgl. AWMF 2018, S. 24ff.) Zusätzlich sollten Strategien wie Hilfestellungen im Unterricht, die positive Verstärkung bei Zielerreichung und zurückhaltende Äußerungen bei Nichterreichung des Ziels erarbeitet werden (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle).

Ergänzend zu den Interventionen für das soziale Umfeld, gibt es auch kindzentrierte Trainings. Deren Vorhaben ist es, die Spiel- und Beschäftigungsintensität und -ausdauer zu verbessern oder alltägliche Handlungsabläufe zu üben. Durch die Anwendung können Entwicklungsdefizite, spezifische Verhaltensweisen und die damit verbundenen zusätzlichen Schwierigkeiten sowie emotionale Probleme vermindert werden. (vgl. AWMF 2018, S. 27) Außerdem wird ein intensives und ausdauerndes Spielverhalten aufgebaut, damit künftig das konzentrierte Arbeitsverhalten besser entwickelt werden kann. Sobald das Kind das Verhalten in der therapeutischen Situation gelernt hat, wird versucht, durch die Eltern und Erzieher*innen ein Transfer in das natürliche Umfeld des Kindes zu schaffen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

6.2.2. im Schulalter

Ähnlich wie im Vorschulalter basiert die Therapie auf verhaltenstherapeutischen psychosozialen Interventionen. Soweit das Kind eine leichte ADHS-Symptomatik im jeweiligen Lebensbereich aufweist, sollten Eltern, wichtige Bezugspersonen und Lehrkräfte an oben genannten Interventionen teilnehmen (s. Kap. 6.2.1.). Besonders in der Schule ist es hilfreich, wenn nach Einverständnis der Eltern, Lehrkräfte und Mitschüler*innen über die ADHS des Kindes informiert werden und über das Thema ausführlich gesprochen wird. Dadurch entsteht möglicherweise ein besseres Verständnis für die Auffälligkeiten und die Arbeits- und Lernsituation kann besser an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. (vgl. zentrales ADHS-Netzwerk, Internetquelle)

Zusätzlich kann das Kind durch kognitiv-behavioralen Trainings unterstützt werden (vgl. AWMF 2018, S. 29). Hierzu zählen Selbstmanagement-Trainings, die das Erlern

nen von persönlichen Strategien und den Erwerb von sozialen Fähigkeiten fördern und Selbstinstruktions- und Konzentrationstrainings, welche eine Verminderung der Impulsivität und organisatorische Fertigkeiten zum Ziel haben. Ergänzend können Interventionen durchgeführt werden, welche die komorbiden Störungen behandeln. Dazu gehören soziale Kompetenztrainings, welche das zwischenmenschliche Zusammenleben verbessern, Psychotherapien in Einzel- und Gruppenform, die das geringe Selbstwertgefühl aufbauen und ggf. Probleme zu Gleichaltrigen abbauen und Behandlungen zur Verminderung von Entwicklungsstörungen. (vgl. Schmid 2007, S. 51) Auch bei diesen Trainings sollte ein Transfer in den Lebensalltag des Kindes geschaffen werden, damit die Therapie wirksam ist. Aus diesem Grund, ist es hilfreich gemeinsam mit dem betroffenen Kind persönliche Ziele und Lösungswege aufzustellen und diese schrittweise zu planen. Die Förderungsmöglichkeiten in der Schule werden im Kap 7.2. näher beschrieben.

Die direkten Therapien mit den Kindern und Jugendlichen zeigen im Vergleich zu den Familien- und Schulinterventionen eine geringere Wirksamkeit. Allerdings können sie eine wichtige Rolle im multimodalen Behandlungsplan spielen. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle)

Ein weiteres therapeutisches Verfahren ist das Neurofeedback. Das Verfahren wird zur Stabilisierung des Zentralnervensystems und zur Optimierung der Hirnaktivität angewendet. Das Kind lernt gezielt die eigenen Hirnströme beziehungsweise, die Hirnaktivitäten zu regulieren. Dadurch übt es gleichzeitig das eigene Verhalten besser zu steuern und zu kontrollieren. Dafür sitzt es angeschlossen an einem EEG, vor einem Monitor, welcher in Echtzeit die Daten überträgt. (vgl. ADHS Infoportal, Internetquelle) Durch das Neurofeedback, welches zum Beispiel als Computerspiel ablaufen kann, lernen die Kinder neurologische und psychiatrische Vorgänge im eigenen Körper selbst zu verändern. Die therapeutische Fachkraft kann anhand der gemessenen Aktivitäten das Feedbacktraining gestalten. (vgl. Flatz/ Gleußner 2014, S. 22ff.)

Dieses Training kann im multimodalen Behandlungsplan bei Kindern ab sechs Jahren eingesetzt werden. Allerdings nur wenn bei den oben genannten Therapieformen, keine Verzögerung eintritt. (vgl. AWMF 2018, S. 34) Das Neurofeedback wird als Methode für Kinder mit ADHS seit vielen Jahren erforscht. Daraus resultieren zahlreiche Studien. Eine der aktuellsten Studien, ist die der Forschungsgruppe - *European Child & Adolescent Psychiatry*. Dabei wurden zehn Studien analysiert und zusammenge-

fasst. So konnte festgestellt werden, dass die Neurofeedback-Behandlung auch nach sechs Monaten nachhaltige Verbesserungen der Kernsymptomatik von ADHS zeigt. Die Methode hat eine vergleichbare Wirkung wie die Gabe von Methylphenidat, sodass sie als Alternativtherapie in Frage kommt. Es handle sich um eine wichtige Behandlungsmethode in der Zukunft, die dennoch weitere intensive Forschung bedarf. (vgl. European Child & Adolescent Psychiatry 2018, S. 293/ S. 303)

Im Weiteren gibt es Therapien, die nicht evidenzbasiert sind. Darunter befinden sich die Ergotherapie, die Psychomotorik und alternative Therapien. Aufgrund der fehlenden Erkenntnisse zur Wirksamkeit, sind es keine empfohlenen Behandlungsmethoden. Die Therapien werden dennoch häufig in der klinischen Praxis angewendet. (vgl. Schmid 2007, S. 59f.) Diese Interventionen nehmen eine nachgeordnete und ergänzende Rolle ein zum Beispiel wenn weiterhin zusätzliche Probleme der ADHS auftreten. Die Ergotherapie behandelt dabei gezielt alle Entwicklungsstörungen, die das Kind beeinträchtigen. Dies sind zum Beispiel Teilleistungsstörungen bezüglich der Motorik oder der Wahrnehmung. (vgl. ADHS Netzwerk, Internetquelle)

Vorwiegend wird die Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen ambulant durchgeführt. Allerdings kann eine Therapie zu Hause, teilstationär oder stationär in Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Zum einen ist jenes der Fall, wenn eine Therapie nicht erfolgreich war. Zum anderen, wenn der Erfolg unwahrscheinlich ist, aufgrund von fehlenden familiären und pädagogischen Ressourcen, besonders schwerer Symptomatik oder schwierigen psychosozialen Bedingungen. (vgl. AWMF 2018, S. 49)

7. FÖRDERUNGSMÖGLICHKEITEN DER SOZIALEN ARBEIT

Abseits von therapeutischen Maßnahmen können Förderungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in den multimodalen Therapieplan mit einfließen. Die Soziale Arbeit übernimmt dabei ähnliche Aufgaben wie die therapeutischen Maßnahmen. Durchaus ergänzt sie die Behandlung durch unterstützende Förderungsangebote. Zudem können Sozialarbeiter*innen sich in vielseitigen Fort- und Weiterbildungen verschiedene Therapieformen aneignen.

Soziale Arbeit hat das Ziel, Menschen zu selbstbestimmten, autonomen, aktiven Gestaltern des eigenen Lebens zu fördern. Sie ermutigt Menschen durch Hilfe zur Selbsthilfe, Herausforderungen und Schwierigkeiten zu bewältigen und folglich ihr

Wohlbefinden zu verbessern. Basierend auf sozialer Gerechtigkeit, den Menschenrechten sowie der Verantwortung und Achtung der Vielfalt arbeiten Sozialarbeiter*innen in zahlreichen Handlungsfeldern und Strukturen interdisziplinär mit anderen Fachkräften zusammen. (vgl. DBSH 2016, Internetquelle)

In vielen dieser Handlungsfelder besteht die Möglichkeit, auf Menschen mit ADHS und deren Angehörige zu treffen. Sozialarbeiter*innen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Thema ADHS in ihrer Berufslaufbahn konfrontiert werden. Der direkte Kontakt zu Kindern mit ADHS tritt vor allem in Arbeitsfelder wie der offenen Kinder- und Jugendarbeit, der Schulsozialarbeit, der Mobilen Sozialarbeit, in Wohngruppen und Wohnheimen, bei den Hilfen zur Erziehung sowie bei der frühkindlichen Förderung auf.

7.1. Förderung im Vorschulalter

Die ersten Symptome einer ADHS treten meist in den ersten sechs Lebensjahren auf. Die Auffälligkeiten bei Kindern bis sechs Jahren sind schwer zu definieren einerseits können sie auf eine beginnende ADHS hindeuten, andererseits können sie entwicklungsbedingt auftreten. Dennoch werden Förderungsmaßnahmen bereits mit Verdacht auf eine ADHS begonnen. (vgl. Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 111)

Da die Kinder im Vorschulalter (bis sechs Jahre) kaum Leidensdruck und damit verbundene Motivationsänderung zeigen, wird primär darauf hingearbeitet, dass die Kinder bei der Selbststeuerung gefördert werden. Zudem werden die Eltern und weitere Bezugspersonen unterstützt und bei der Kommunikation und Vernetzung untereinander gefördert. Bereits in diesem Alter wird zu einer multimodalen Frühförderung der Kinder geraten. Eine Vorgehensweise ist dabei nicht vorgegeben. Allerdings haben sich folgende Maßnahmen als wirksam erwiesen. Zunächst sollte die Eltern-Kind-Interaktion verbessert werden. Es werden geschützte Spielräume geboten, um die Belastung zu Hause zu minimieren. Die Wahrnehmung der Eltern wird geschult, damit sie Positives sehen und das kindliche Verhalten spüren. Außerdem wird gezielt das Verhaltensmanagement der Eltern unterstützt (s. Kap. 5.1.). (vgl. Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 106f.)

Kindzentrierte Interventionen, zielen darauf ab, dass das Kind selbstständig gelernte Strategien anwenden, um das eigene Verhalten im Alltag besser zu steuern. Grundsätzlich schaut sich das Kind das Verhalten bei den Eltern und Fachkräften ab. Aus

diesem Grund sollten die Strategien dem Kind vorgelebt werden. Des Weiteren werden Verstärkungsprinzipien, Selbstinstruktionstrainings, Sprachförderungen und spezifische Spielangebote im Vorschulalter angewendet. (vgl. ebd., S. 107f.) Sogenannte spieltherapeutische Interventionen bieten den Raum zum freien Alleinspiel, Gruppenspiel oder Eltern-Kind-Spiel. Die Interventionen unterstützen dabei die Weiterentwicklung der Handlungsfähigkeiten und neuer alternativer Verhaltensweisen, zugleich wird durch das Spiel das Selbstwertgefühl gestärkt. Für Kinder ist es wichtig, ihre Lebenswelt frei und eigenhändig erkunden und erobern zu können. Aus diesem Grund sollen die Interventionen nah an der individuellen Kinderwelt sein und in erster Linie nicht auf einen Lernerfolg abzielen. (vgl. ebd., S. 116f.) Da Kinder mit einer ADHS-Symptomatik oft Schwierigkeiten mit gleichaltrigen Kindern haben, gibt es gruppenorientierte Interventionen. Diese versuchen die betroffenen Kinder besser sozial zu integrieren. Durch Aktivitäten und Spiele in der Gruppe können die Kinder lernen mit ihrer Frustrationstoleranz bei Wettbewerben und Teamarbeiten umzugehen. (vgl. ebd., S. 129f.)

Welche Form der Förderung für das Kind am geeignetsten und am wirksamsten ist, kann im Vorfeld nicht gesagt werden. Bei der Wahl einer Intervention sind die Bedürfnisse des Kindes zu beachten. Die Eltern sollten gut informiert und aufgeklärt sein, welche Formen es gibt. Außerdem ist es wichtig, dass sie bei den Interventionen gleichermaßen involviert sind wie das Kind selbst.

Der Umgang mit dem Kind in Tageseinrichtungen von Erzieher*innen sollte dem der Eltern ähneln (s. Kap 5.1). Demnach ist es hilfreich, dass Erzieher*innen sich entsprechendes Wissen und Verständnis für die Verhaltensweisen des Kindes aneignen. Sie vorausschauend arbeiten, sodass sie entwickelte Strategien optimieren und angepasster auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren können. Zudem ist es in der Tageseinrichtung förderlich, wenn es alltägliche Strukturen gibt, die Erzieher*innen ein positives Bild bewahren und das Kind je nach Situation durch den Einsatz von positiven Verstärkungen und negativen Konsequenzen bei der persönlichen Entwicklung unterstützen. Besonders wichtig ist, die enge Zusammenarbeit mit den Eltern. Viele Förderungs- sowie Therapiemöglichkeiten richten sich an die Tageseinrichtung, sodass das Kind in verschiedenen Bereichen unterstützt wird. (vgl. zentrales adhs-netz, Internetquelle)

7.2. Förderung in der Schule

Die Schule ist für Kinder ab dem sechsten Lebensjahr ein weiterer zentraler Lebensbereich. Aus diesem Grund sollten vor allem hier Maßnahmen zur Förderung von Kindern mit ADHS geschaffen werden.

In der Regel gibt es verschiedene Formen der Unterstützung von Kindern mit ADHS. Allerdings zeigen sich hier Unterschiede durch die verschiedenen Schulsysteme in den Bundesländern. Mögliche Formen sind der Einsatz von Vertrauenslehrkräften, Schulpsycholog*innen, Schulsozialarbeiter*innen, spezieller Förderunterricht, Inklusionsklassen und Förderschulen. Für Kinder mit einer stark ausgeprägten Form der ADHS können Schulbegleiter*innen den Schulalltag mit unterstützen. (vgl. ADHS Deutschland e. V. 2015, S. 9) Hinzu kommen spezifische Angebote der Schulsozialarbeit. Darunter fallen außerschulische, freizeitpädagogische Projekte, betreuungsbezogene Projekte, welche sich individuell mit den Problemen der Schulkinder beschäftigen und eine Kombination der genannten Formen. Schulsozialarbeiter*innen haben im Schulkontext eine neutrale Rolle und bilden eine Brücke zwischen Lehrkräften, Schüler*innen und Eltern. Aus diesem Grund werden sie häufig die Bezugsperson der Schüler*innen mit ADHS. (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2013, S. 152) Die Schulsozialarbeit, welche eine Verknüpfung aus Jugendhilfe und Schule darstellt, kann in Form der Einzelfallhilfe, der sozialen Gruppenarbeit und der Elternarbeit stattfinden. Sozialarbeiter*innen leisten eine gezielte Unterstützung bei Konflikten, Problemen und Sorgen der Schüler*innen und haben zum Ziel alle Schüler*innen in den schulischen Alltag bestmöglich zu integrieren. Durch multidisziplinäre Kenntnisse und regionale Netzwerke also Kooperationen mit Jugendhilfen und z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrien, kann Kindern mit schwerwiegenden Problemen schnellstmöglich geholfen werden. (vgl. Denner 2008, S. 63f.)

7.3. Hilfen zur Erziehung

Wenn die Schwierigkeiten beim Kind und die Konflikte in der Familie kritische Ausmaße annehmen oder die Eltern zunehmend überfordert sind, stehen Hilfen zur Erziehung zur Verfügung. Das Jugendamt bietet zahlreiche unterstützende Angebote an. Darunter fallen Beratungs-, Betreuungs- und Hilfsangebote, welche von professionellen Fachkräften geleitet werden. Sie nehmen sich zur Aufgabe Kinder und Jugendliche zu schützen und zu unterstützen, sodass sie sich zu autonomen Erwachsenen entwickeln können. In erster Linie werden die Eltern bei der Erziehung der Kin-

der unterstützt, damit die Erziehungskompetenz gestärkt wird. (vgl. Deutsches Rotes Kreuz, Internetquelle) Nachdem sich Eltern an das Jugendamt gerichtet haben, werden gemeinsam Angebote der Kinder- und Jugendhilfe herausgearbeitet und realisiert. Das sind zum Beispiel Angebote der Frühförderung (s. Kap. 7.1.) und ambulante Erziehungshilfen wie die Sozialpädagogische Familienhilfe. (vgl. ADHS Deutschland e. V. 2015, S. 9) Nach SGB VIII ist die Sozialpädagogische Familienhilfe für eine länger andauernde, intensive Betreuung und Begleitung von Familien zuständig. Dadurch sollen Probleme und Konflikte in der Familie besser bewältigt werden und die Eltern bei Erziehungsaufgaben unterstützt werden. Die Mitarbeit der Familie ist aus diesem Grund essenziell. (vgl. §31, SGB VIII) Weitere Maßnahmen sind die teilstationäre Betreuung im Hort, in Tagesstätten oder Einrichtungen der Tagespflege oder vollstationäre Betreuungsmaßnahmen z. B. in Wohngruppen (vgl. ADHS Deutschland e. V. 2015, S. 9). Kindern mit ADHS nehmen häufig Angebote in Tagesgruppen und der sozialen Gruppenarbeit wahr. Dabei handelt es sich ebenfalls um pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen der Hilfen zur Erziehung. Die Gruppenarbeit ist für ältere Kinder und Jugendliche empfehlenswert. Sie fördert die Entwicklung durch soziales Lernen in der Gruppe und unterstützt die Bewältigung von Entwicklungsschwierigkeiten und problematischen Verhaltensweisen. (vgl. §29, SGB VIII) Kinder mit einer stark ausgeprägten Form der ADHS, weiteren komorbiden Störungen und daraus resultierenden innerfamiliären Problematiken, können in pädagogisch geleiteten Tagesgruppen betreut und begleitet werden (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2013, S. 152). Durch soziales Lernen in einer Gruppe, schulische Förderung und Elternarbeit soll die Entwicklung des Kindes gefördert und so der Aufenthalt in der Familie gesichert werden (vgl. §32, SGB VIII).

Familiäre Erziehungshilfen können einerseits als Ressourcen der Kinder und andererseits als eingreifende Instanz von betroffenen Familien wahrgenommen werden. Die jeweilige Hilfsmaßnahme erfolgt nicht immer freiwillig und wird daher häufig zunächst abgewehrt. Die Angebote werden individuell passend auf die Situation und nach den Bedürfnissen des betroffenen Kindes gestaltet. (vgl. Brandau /Kaschnitz 2013, S. 151)

7.4. Beratung

Oft erfolgt eine Beratung durch Einzelfallhilfe in einer sozialpädagogischen Beratungsstelle. Das grundlegende Ziel dabei ist, zunächst die Aufklärung und Information

der betroffenen Kinder, sodass nach der Hilfe eine Akzeptanz gegenüber der ADHS sowie eine bewusste Einschätzung der zusätzlichen Probleme beim Kind und den Angehörigen entstanden ist. Die Beratung kann von jedem*jeder Beteiligten genutzt werden. Des Weiteren kann die Beratung bei der Klärung familienbezogener Probleme, Erziehungsfragen und Alltagsstrategien unterstützend wirken. Da sich die Sozialarbeiter*innen in der Einzelfallhilfe mit den Problemen sowie Bedürfnissen des Kindes auseinandersetzt, kann die Identität und der Selbstwert gleichzeitig gestärkt werden. (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 152)

Eine spezifische Form der Beratung ist die Erziehungsberatung. Sie kann bereits ab dem Kleinkindalter mit den Erziehungsberechtigten durchgeführt werden. Ziel der Beratung ist, den Eltern Unterstützung zu bieten, sie zu informieren, Verhaltensveränderungen zu bewirken und innerfamiliäre Aufklärung zu schaffen, um Familienproblemen entgegenzuwirken. Da Eltern häufig viel negativen Input von Außenstehenden bekommen, widmet sich die Beratung mit einer respektvollen, wertschätzenden Haltung den vorhandenen Kompetenzen der Eltern. Gleich dem Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe, werden keine Lösungsstrategien vorgegeben. Denn diese sind nachhaltiger und förderlicher, wenn sie im Verlauf der Beratung von den Eltern selbstständig erkannt werden. (vgl. Brandau/ Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 108f.)

Bei der Beratung von Kindern mit ADHS und deren Familien wird häufig eine systemische Beratung angewendet. Die Förderung nach diesem Ansatz wird in den nächsten Kapiteln dargelegt.

7.5. Systemische und Lebensweltorientierte Förderung

Lebensweltorientierte Arbeit bezieht sich auf die subjektive Lebenswelt – also die Erfahrungswelt, die Lebenslage und die direkten Lebensumstände des Gegenübers. Der Alltag des Menschen ist bei den Förderungen Teil der Intervention, sodass Angebote danach gestaltet und angepasst werden. (vgl. Brandau/Pretis/ Kaschnitz 2014, S. 86) Kinder mit ADHS sind demnach keine ADHS-Kranken oder Symptomträger, sondern ganzheitlich wahrgenommene Menschen mit individuellen, besonderen Lebensgeschichten. Aus diesem Grund orientiert sich die lebensweltorientierte Perspektive an den verbalen und nonverbalen Äußerungen der Kinder. (ebd., S. 88f.)

Die systemische Beratung geht davon aus, dass Probleme nicht bei einer Person entstehen oder eine Person ein Problem hat, sondern dass Probleme in geschlosse-

nen Systemen geschaffen werden. Durch die Kommunikation über dieses Problem, werden wiederum Problemsysteme geschaffen. (vgl. Beushausen 2020, S. 218) Systeme in der sozialen Umwelt sind Interaktionen z. B. Familien, Schulklassen, Vereine und Organisationen. Das Gegenüber wird als autonom, unveränderbar und ungewiss in diesen sozialen Systemen gesehen. Weiterhin nimmt die systemische Beratung an, dass Menschen eine subjektive Wirklichkeitskonstruktion mit eigenen Wahrheiten haben, sodass jede Person Experte oder Expertin für das eigene Leben ist und ganzheitlich betrachtet werden muss. Probleme und Muster sind demnach nicht objektiv erfassbar, sondern können in Gesprächen anhand von Bewertungen und Ansichten der Person verdeutlicht werden. Durch die systemische Beratung z. B. zirkuläre Fragen, lösungsorientierte Fragen (s. Kap. 7.5.1.), Wunderfragen oder die Erstellung von Genogrammen oder Aufstellungen ist es möglich, dass neue Kräfte, Perspektiven und Veränderungen hervorgerufen werden. Durch die Intervention können neue Sichtweisen entstehen, welche das Erleben und Verhalten der Person zukünftig verändern. Dabei wird in erster Linie darauf geachtet, wie die Mitglieder des Systems über zwischenmenschliche Verhaltensweisen sprechen und welche Muster und Schemata sich daraus ergeben. Anschließend können vorhandene Problematiken anhand dieser Muster und Strukturen dargestellt werden. Letztlich kann so ein neuer Blick entstehen sowie die Wirklichkeitskonstruktionen zu anderen Systemmitgliedern erweitert werden. Dadurch werden problematische zwischenmenschliche Denk-, Erwartungs- und Handlungsmuster von einer anderen Seite betrachten und neu entwickelt. Die Beratung richtet sich nach den persönlichen Anliegen der Klientel, ist lebensweltorientiert und unterstützt vor allem die Aktivierung der individuellen Ressourcen. Dadurch wird das Gegenüber durch Selbsthilfe ermutigt an eigene Ziele zu gelangen und Probleme zu bewältigen. Eine große Rolle spielt dabei die anerkennende und wertschätzende Haltung der Berater*in gegenüber Fähigkeiten und bestehender Perspektiven des Gegenübers. (vgl. Systemische Gesellschaft 2017, Internetquelle)

Eine systemisch-lebensweltorientierte Förderung von Kindern mit ADHS und deren Eltern kann sich in der Praxis auf folgende Ansätze beziehen.

7.5.1. Empowerment durch Lösungsorientiertes Arbeiten

Empowerment wird als Prozess verstanden, welcher Menschen zu mehr Selbstbestimmung und Autonomie ermutigen soll. Die Klientel soll lernen, durch z. B. lösungsorientiertes Beraten eigene Fähigkeiten, Kompetenzen, Stärken und Ressourcen zu entdecken und diese zur Bewältigung der eigenen Probleme anzuwenden. Die Kli-

ent*innen soll sich entwickelt, um sich in sozialen Netzwerken für sich starkzumachen und (politisch) zu partizipieren. Im Vordergrund des Konzepts stehen die Selbsthilfe und die aktive Selbstorganisation der betroffenen Personen. Empowerment bedeutet dabei, die Übertragung der Kontrolle und der selbstständigen Verantwortung des eigenen Lebens an die betroffene Person. Im sozialpädagogischen Rahmen spielen in erster Linie die Bewältigung des alltäglichen Lebens der Klientel eine Rolle. Aus diesem Grund orientiert sich die Beratung an der Lebenswelt und an individuellen Situationen des Alltags. (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2013, S. 118/ S. 134) Der lösungsorientierte Ansatz wird in vielfältigen Settings wie u. a. in der systemischen Beratung angewendet (s. Kap. 7.5.). Der Schwerpunkt der lösungsorientierten Intervention liegt bewusst bei den Lösungen und nicht wie bei anderen Therapie- und Beratungsformen auf den Problemen. Der Fokus rückt dabei auf Auszeiten der Schwierigkeiten, bisherige erfolgreiche Handlungsstrategien, positive Erfahrungen, bestehende Fähigkeiten und Stärken sowie unterstützende Personen aus dem Umfeld. Durch den Austausch zwischen beratender und ratsuchender Person gelingt ein Perspektivwechsel, welcher zu einer bewussteren Wahrnehmung der Realität führt. Daraus entstehen wiederum neue Lösungs- und Handlungsansätze für den Alltag. (vgl. Lindemann 2018, S. 64)

Brandau und Kaschnitz beschreiben lösungsorientiertes Arbeiten durch die folgenden Grundprinzipien. Der erste Aspekt ist die Ressourcenorientierung. Das Gegenüber wird durch die Beratung ermutigt nach verfügbaren Ressourcen bei sich und dem sozialen Umfeld zu suchen. Ressourcen sind dabei, Erfahrungen, Fähigkeiten und Potentiale sowie mögliche Bezugspersonen der Klientel, welche für den Fortschritt und die Erreichung der Ziele förderlich sind. (vgl. Brandau /Kaschnitz 2013, S. 134) Da die negativen Verhaltensweisen der Kinder mit ADHS oft im Vordergrund stehen, geraten positive Kompetenzen in Vergessenheit. Durch den Ansatz kann die Aufmerksamkeit der Klientel auf die neutralen und positiven Zeiten, die Ressourcen und individuelle Stärken gerichtet werden.

Des Weiteren wird ziel- und zukunftsorientiert mit der Klientel gearbeitet. Oft wollen Menschen schnellstmöglich ihre Probleme loswerden und müssen nach ergebnislosen Lösungsversuchen feststellen, dass keine Veränderungen erkennbar sind. Um bestimmte Entwicklungsziele zu erreichen, ist es deshalb notwendig gemeinsam mit der Klientel kleine und realistische Zwischenziele und Lösungswege zu setzen. Mögliche Fragen wären Fragestellungen, die nach den Auszeiten des Problems oder nach

Erfolgsmethoden suchen, um daran realistische Ziele zu orientieren. (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2020, S. 135) Bei Kindern mit ADHS können Fragen wie z. B. „Wann bemerkst du die Symptome der ADHS nicht? Was hast du in der Situation getan, um dich konzentrieren zu können?“, genutzt werden.

Da die lösungsorientierte Beratung nicht primär die Problementstehung und die kausalen Hintergründe betrachtet, liegt der Schwerpunkt auf der Zukunft der Klientel. Dazu können verschiedene Fragen z. B. zukunftsorientierte Fragen nach einem plötzlichen Wunder, welches das Problem auflöst (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2013, S. 135) oder hypothetische Fragen wie „Wenn du fünf Jahre aktiv Fußball spielst, was wird dann anders sein?“, gestellt werden. Das Kind entwickelt dadurch ein eigenes realistisches Zukunftsbild. Gleichzeitig wird es zu Empowerment und Selbstbestimmung ermutigt.

Grundsätzlich steht bei der Beratung nicht der Inhalt an sich im Vordergrund, sondern der (Entwicklungs-) Prozess der Klientel. Die Prozesse hin zur autonomen Selbsthilfe weisen Erfolge und Misserfolge auf und unterliegen den Initiativen und individuellen Aktivitäten des Gegenübers. Da der Weg zum Ziel des Empowerments und der Selbstbestimmung von Person zu Person unterschiedlich ist, muss der individuelle Prozess des Kindes im Fokus stehen. (vgl. ebd., S. 135/ S. 139)

Um den Entwicklungsprozess zu fördern, werden unter anderem Fragen eingebaut, die neue Erkenntnisse schaffen und bekannte Gedankenebenen übersteigen. Dadurch wird ein Unterschied zu herkömmlichen Gedanken und Verhaltensweisen provoziert und neue Wege eröffnen sich. Eine Beispielfrage an ein Kind mit ADHS könnte sein: „Wenn du dir deinen letzten Wutanfall wie eine Filmszene vorstellst und du eine Fähigkeit bekommen würdest, um anders mit der Situation umzugehen, welche Fähigkeit wäre das?“. (vgl. ebd., S. 136)

Zusammenfassend haben lösungsorientierte Berater*innen das Ziel, dass die Kinder eigene individuelle Lösungen für ihre Probleme finden. Sie gestalten dafür den Prozess, unterstützen beim nachhaltigen Einsatz von Ressourcen und beim Aufstellen realitätsnaher Ziele. Durch verschiedene Fragestellungen ermöglichen sie Empowerment und die Autonomie des Gegenübers.

Kinder mit ADHS erleben durch ihr auffälliges Verhalten zunehmend negative Ereignisse, welche ihr ursprüngliches Selbstbild verzerren. Erwachsene und gleichaltrige Kinder entwickeln aufgrund der wiederkehrenden störenden Verhaltensweisen eben-

falls ein ungünstiges Bild. Jenes verstärkt zusätzlich den Wandel des Selbstbildes des Kindes mit ADHS. Das auf den Problemen aufgebaute, negative Selbstbild ist zu vergleichen mit einer neuen Identität. Die Kinder nehmen dann z. B. die Rolle des Klassenclowns, des Störenfrieds und/oder der Träumer*in ein. (vgl. Schmela 2010, S. 101). Ein Prinzip der Lösungsorientierten Beratung ist die Externalisierung. Das bedeutet, dass sich die Klientel von den eigenen Problemen zunächst distanziert. Menschen in schwierigen Lebenslagen und Problemen haben den Drang sich mit den Defiziten, den Grundannahmen und Diagnosen zu identifizieren. Das oben beschriebene Selbstbild überlagert sich mit den Problemen. Dadurch reduziert die Diagnose der Störung den Selbstwert und wird bei Schwierigkeiten meist als Ausrede genutzt. Durch die Externalisierung kann das Gegenüber reflektiert auf die distanzierten Probleme schauen und sich bewusst autonomer helfen. (vgl. ebd., S. 137f.)

Lösungsorientiertes Arbeiten ist kein universales Mittel gegen Probleme der ADHS. Dennoch wird die Beratung bei Kindern mit ADHS und deren Bezugspersonen in einem multimodalen Kontext angewendet. Vor allem da die Beratung nicht vorrangig auf die kontrovers diskutierte Entstehung der ADHS schaut, sondern zusammen mit dem Kind und den Eltern nachhaltige alltagsnahe Lösungsstrategien für die individuellen Verhaltensweisen sucht.

7.5.2. Netzwerkarbeit

Eine weitere systemische und lebensweltorientierte Methode ist die Netzwerkarbeit. Die zunehmend veränderte Familienstruktur und der Aspekt, dass Familien mit betroffenen Kindern sich in der Öffentlichkeit oder bei Besuchen unwohl fühlen, können zu einer sozialen Isolation und Einsamkeit der Familie führen. Durch Netzwerkarbeit wird das Risiko minimiert. (vgl. Brandau/ Kaschnitz 2013, S. 118) Gemeinsam werden durch die Hilfe einer sozialpädagogischen oder therapeutischen Fachkraft neue Ressourcen gesucht und bestehende Ressourcen miteinander verknüpft. Netzwerke können z. B. aus Familienmitgliedern, Freund*innen, Nachbar*innen, Lehrer*innen, Vereinen und Organisationen bestehen. Gekennzeichnet sind Netzwerke durch ihre zwischenmenschlichen Verbindungen, gemeinsames Handeln und die Verfolgung eines gemeinsamen Ziels. Mitwirkende im Netzwerk handeln einerseits eigenständig und andererseits im Interesse des Netzwerkes. Durch die Methode können zeitliche, soziale und finanzielle Ressourcen effizienter verwendet werden und die Wirksamkeit von anderen Förderungsmaßnahmen kann steigen. (vgl. Quilling u. a. 2013, S. 10f.)

Durch die Netzwerkarbeit haben Fachkräfte einen übergeordneten Blick auf den Prozess des Netzwerkes, somit besteht die Möglichkeit, dieses zu verändern sowie neue Ressourcen mit dem Gegenüber zu akquirieren. Bei Kindern mit ADHS wird die Netzwerkarbeit vor allem Eltern helfend zur Seite stehen. Durch die Umfeld-Orientierung können Probleme der ADHS bewältigt werden und die Eltern können hilfreiche Unterstützung aus ihrem Umfeld aktivieren. Dabei handelt es sich z. B. um die Betreuung des Kindes, den Austausch von Gefühlen und Gedanken oder die soziale Zustimmung und Förderung von elterlichen Anstrengungen und Fähigkeiten. Die Fachkraft interveniert dabei grundsätzlich nicht im Netzwerk, sondern begleitet ausschließlich die Veränderungsprozesse und die Selbstgestaltung des Netzwerkes. (vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 118f.)

8. FAZIT

Die ADHS ist eine psychische Krankheit, welche vor allem Schwierigkeiten und Herausforderungen mit sich bringt. Die Auswirkungen der Diagnose sind für Kinder und deren Eltern nicht nur anhand der bestätigten vielfältigen Symptome und Verhaltensweisen zu merken, sondern auch an Stigmatisierungen der Gesellschaft. Eine diagnostizierte ADHS ist meist der Beginn eines langandauernden Behandlungs- und Förderplans, in welchem viele Entscheidungen getroffen werden müssen. ADHS ist dabei sehr individuell und komplex, sodass verschiedene Maßnahmen erforderlich sind, um die Kinder ausreichend zu fördern. Da eine Heilung von ADHS bis heute nicht möglich ist, ist es förderlich, die Störung vielseitig zu begleiten und die negativen Folgen zu minimieren. Die Miteinbeziehung der Lebenswelt, den sozialen Systemen vor allem die Familie und Kindertagesstätte sowie die Schule sind dabei essenziell. Der Plan sollte individuell an das Kind, deren Symptome sowie deren Bedürfnisse angepasst sein. Bei vielen betroffenen Personen lindern bereits stimulierende Medikamente die Symptome. Die Wirkung beschränkt sich dabei auf den Zeitraum der Medikamenteneinnahme. Die medikamentöse Therapie sollte in einen multimodalen Behandlungsplan eingliedert sein. Dieser Behandlungsplan sollte Angebote der Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Frühförderung, (systemische) Beratung, Schulsozialarbeit, familienzentrierte und elternorientierte Interventionen enthalten. Ziel ist die Selbstwahrnehmung und das Selbstvertrauen zu stärken, den Kindern und Bezugspersonen Strukturen und Strategien zum Umgang zu vermitteln und die Symptome und Verhaltensweisen des Kindes zu verbessern. Ein weiteres wichtiges

Ziel besteht darin das soziale Umfeld und dem Kind durch das Lehren von Wertschätzung und Verständnis ein neutrales Bild von ADHS zu schaffen. Dadurch können mögliche Stigmatisierungen im nahen Umfeld vermieden werden. Familien mit betroffenen Kindern benötigen viel Akzeptanz, Verständnis und geeignete Hilfen. Dem Kind soll ein geschützter Rahmen zur Verfügung stehen, der die geübten Szenarien im Alltag inkludiert und die persönliche Identität des Kindes wahrt.

Die Auswirkungen beschränken sich nicht nur auf das betroffene Kind und deren Eltern, sondern auf alle Lebensbereiche und alle Menschen, die etwas mit diesem Kind zu tun haben. Viele außenstehende Menschen tragen falsche Vorstellungen, Vorurteile und Bilder im Kopf, welche es den betroffenen Personen von ADHS erschwert als neutrale gleichwertige Person angesehen zu werden. Es führt zu einem ewigen Kampf der Akzeptanz und Anerkennung.

Kinder, die mit Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, Impulsivität und den daran anknüpfenden Problemen in Kindergarten, Schule und zu Hause zu tun haben, benötigen professionelle und reflektierte Hilfe von Erwachsenen. Aus diesem Grund sollten pädagogische Fachkräfte, Lehrkräfte, Ärzt*innen und Therapeut*innen sich mit der Störung intensiv im Vorfeld auseinandersetzen. Ein neutraler, offener Umgang ohne Vorurteile und Vorstellungen, hilft dabei Verhaltensweisen zu hinterfragen und reflektierter mit den betroffenen Personen umzugehen.

Die Soziale Arbeit versucht durch verschiedene Hilfen und Förderungsmöglichkeiten, die ganze Familie zu unterstützen. Dabei ist die Soziale Arbeit in allen Lebensbereichen des Kindes vertreten. Der lebensweltorientierte-systemische Förderungsansatz ist eine geeignete Hilfe für Kinder mit ADHS und deren Eltern. Durch den systemischen Blick, das lösungsorientierte Arbeiten, Empowerment und die Netzwerkarbeit werden die Kinder individuell, ressourcen-, zukunftsorientiert, realitätsnah und ganzheitlich in ihrem selbstbestimmten Wesen gestärkt. Die Eltern erhalten unterstützende Hilfen bei der Erziehung und einen Raum für Auszeiten, Sorgen und Nöte. In deutschlandweiten Selbsthilfegruppen und Netzwerken können Eltern weitere Austauschmöglichkeiten wahrnehmen.

Die Meinungen zur ADHS sind kontrovers und werden solange es keine empirisch belegbaren Ergebnisse gibt, kontrovers bleiben. Aus diesem Grund bedarf es in der Zukunft multidisziplinäre Forschungen, um die Komplexität der ADHS mit allen Facetten untersuchen und einschätzen zu können. Die ausführlichen Diagnoserichtlinien

mit vorgegebenen Diagnosekriterien, Verhaltensbeobachtungen, Fragebögen, Beratungen und Gesprächen, psychologischen Tests und Differentialdiagnosen sollen zu einer sicheren Diagnose führen. In welchem Maße die vorgegebene empfohlene Leitlinie durch Ärzt*innen eingehalten wird, bleibt noch offen. Zudem ist fraglich, inwiefern die Förderung durch eine interdisziplinäre Vernetzung der Anlaufstellen, also des*der Kinderarztes*Kinderärztin, der Psychiater*innen, der therapeutischen und sozialpädagogischen Fachkräfte, der Schule und der Tageseinrichtung, praktisch umgesetzt werden kann. Für Fachkräfte, die mit ADHS in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden, sollten Fortbildungen und Weiterbildungen verpflichtend sein. Diese sollten grundlegend den richtigen Umgang mit den Kindern und Eltern lehren, ein Verständnis erzeugen, Stigmatisierungen vorbeugen, Handlungsstrategien mitgeben und die Störung durchaus kritisch beleuchten. Denn vieles in Bezug auf die ADHS muss hinterfragt werden. Sei es die subjektive, ungenaue Diagnose oder die folgende Therapie mit Medikamenten, die die Kinder stigmatisieren und Nebenwirkungen hervorrufen.

Kinder mit ADHS haben besondere Bedarfe, Eigenschaften und Verhaltensweisen, die unsere Welt lebhafter und bunter gestalten. Mit der Diagnose folgen lebenslange Auswirkungen für das Kind und das soziale Umfeld. Das Innere des Kindes kann nur selten nachvollzogen werden. Es bedarf einem sensiblen, rücksichtsvollen, achtsamen Umgang. Die Kinder müssen mit ihrer psychischen Störung gleichermaßen akzeptiert und respektiert werden, wie alle anderen Kinder. Durch eine positive und offene Einstellung gegenüber der Störung werden Konflikte und Stigma vermieden, Verhaltensweisen besser nachvollzogen, der Umgang erleichtert und die Beziehung zum Kind verbessert. Dadurch ergeben sich bessere Beziehungen innerhalb der Familie, weniger Probleme in Kindertageseinrichtungen oder Schulen und ein verändertes Bild von ADHS in der Gesellschaft.

9. ANHANG

Abb. 1: Kriterien nach DSM V und ICD-10

A) Kriterien für Unaufmerksamkeit

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

B) Kriterien für Hyperaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {häufig} in der Klasse oder anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“} (Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.)

C) Kriterien für Impulsivität

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäßig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren).

Legende: { } ausschließlich im DSM 5, () nur im ICD-10

Quelle: in Anlehnung an ADHS Infoportal. URL: <https://www.adhs.info/fuer-eltern-und-angehoerige/wie-wird-adhs-festgestellt/> [Stand: 23.06.2020]

10. QUELLENVERZEICHNIS

- adapt (Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit ADHS): Diagnosekriterien (DSM-V, ICD-10). URL: <http://adapt.at/dsm-v/> [Stand 23.04.2020]
- ADHS Deutschland e. V.: ADHS Netzwerk: Ursachen der ADHS. Ursachen, aktuelle Forschungsergebnisse. URL: <https://adhs-netz.com/adhs-bei-kindern-und-jugendlichen/ursachen-der-adhs/> [Stand 26.04.2020]
- ADHS Infoportal: Für Eltern und Angehörige. Übersicht. o. A.. URL: <https://www.adhs.info/fuer-eltern-und-angehoerige/uebersicht/> [Stand 29.04.2020]
- Akmatov, Manas K. u.a.: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 3 – Identifizierung raumzeitlicher Cluster der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009 bis 2016. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.02
- Amrhein, Christine: Kritik am Störungsbild ADHS. 2015. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/adhs/kritische-diskussion/> [Stand 15.05.2020]
- Amrhein, Christine: Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. Ausgrenzung und Diskriminierung: immer noch ein eher zunehmendes Problem. 2018. URL: <https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/lebenshilfe-artikel/stigmatisierung/definition/> [Stand 10.06.2020]
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): Kurzfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“. 2018 URL: https://www.adhs.info/fileadmin/redakteure/zentrales_adhs-netz/%C3%9Cber_das_Netz/Grundlagen/Kurzfassung_ADHS_Leitlinie_080618.pdf [Stand 04.05.2020]
- Banaschewski, Tobias: Behandlung von ADHS mit Medikamenten. URL: <https://www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org/kinder-jugend-psihiatrie/erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/medikamentoese-therapie/> [Stand 01.05.2020]

- Beushausen, Jürgen: Beratung lernen. Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Regensburg 2020. Aufl. 2
- Bundesärztekammer: Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit - Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Langfassung. 2005. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf [Stand 23.04.2020]
- Bundesministerium für Gesundheit: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. 2018. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/aufmerksamkeitsdefizitsyndrom.html> [Stand 22.04.2020]
- Brandau, Hannes/ Pretis, Manfred/ Kaschnitz, Wolfgang: ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. 3.Aufl. München 2014
- Brandau, Hannes/ Kaschnitz, Wolfgang: ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. 2.Aufl. Basel/ Weinheim 2013
- Brzoska, Maike / BR24 Redaktion: Neuroplastizität: Wie das Gehirn sich neu strukturiert. 2019. URL: <https://www.br.de/nachrichten/wissen/neuroplastizitaet-wie-das-gehirn-sich-neu-strukturiert,Rhmu3sS> [Stand: 14.05.2020]
- DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. Berlin 2016 URL: https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf [Stand 16.06.2020]
- Denner, Silvia: Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken und seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen – ein Überblick. In: Denner, Silvia (Hrsg.): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart 2008. S. 57- 69
- Deutsches Rotes Kreuz: Hilfen zur Erziehung. Berlin 2010. URL: <https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=24487> [Stand 02.06.2020]
- Erb, Hans-Peter: Was ist der Rosenthal-Effekt / Pygmalion-Effekt? | Sozialpsychologie mit Prof. Erb. veröffentlicht am 31.05.2018 (YouTube). URL: <https://www.youtube.com/watch?v=rXriuRv1SU0> [Stand 10.06.2020]

- Flatz, Thomas/ Gleußner, Michela: Neurofeedbacktherapie bei ADHS und Autismus. Ein Erfahrungsbericht mit Fallbeispielen. Wien 2014. DOI 10.1007/s00608-013-0132-0
- European Child & Adolescent Psychiatry: Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and meta-analysis. 2018. DOI 10.1007/s00787-018-1121-4
- Gawrilow, Catarina: Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. 2. Aufl. München 2016.
- Goffman, Erving: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Aufl. o. A.. Frankfurt am Main 2007.
- Henry-Huthmacher, Christine u. a.: Eltern unter Druck. Berlin 2008.
- Lindemann, Holger: Systemisch-lösungsorientierte Gesprächsführung in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. Ein Lehr-, Lern- und Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Göttingen 2018. DOI: 10.13109/9783666406331
- Müller, Andreas/ Candrian, Gian/ Kropotov, Juri: ADHS Neurodiagnostik in der Praxis. Berlin/ Heidelberg 2011. DOI: 10.1007/978-3-642-20062-5
- NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen): Häufige Fragen zur Selbsthilfe (FAQ). URL: <https://www.nakos.de/informationen/fragen/> [Stand 13.05.2020]
- Neuy-Bartmann, Astrid: ADHS. Willkommen in der Welt der ADHS. URL: <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/ADHS-ADS/ADHS.aspx> [Stand: 18.05.2020]
- Pharmazeutische Zeitung: ADHS: Neue Checkliste für die Guanfacin-Therapie. 2018 URL: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2018-01/adhs-neue-checkliste-fuer-die-guanfacin-therapie/> [Stand 30.04.2020]
- Puls, Jan Hendrik: Jugend und Adoleszenz (12-21 Jahre). Symptomatik. In: Kahl, Kai G./ Puls, Jan Hendrik/ Schmid, Gabriele: Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Stuttgart 2007, S. 75-77

- Puls, Jan Hendrik: Grundlagen. Epidemiologie, Symptomatik und Verlauf. In: Kahl, Kai G./ Puls, Jan Hendrik/ Schmid, Gabriele: Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Stuttgart 2007. S. 3
- Qulling, Eike u. a. : Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden 2013. DOI: 10.1007/978-3-531-18899-7
- RKI (Robert Koch-Institut): Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen?. Berlin 2014. DOI: 10.1007/s00103-014-1983-7
- RKI (Robert Koch-Institut): ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Berlin 2018. DOI: 10.17886
- Schmidt, Hans-Reinhard: ADS - Die unmögliche Diagnose. In: Schmid, Hans-Reinhard (Hrsg.): Modekrankheit ADHS. Eine kritische Aufsatzsammlung. Frankfurt am Main 2018. S. 81-84
- Schmidt, Hans-Reinhard: Mein Kind hat ADHS? Das gibt's doch nicht!. In: Schmid, Hans-Reinhard (Hrsg.): Modekrankheit ADHS. Eine kritische Aufsatzsammlung. Frankfurt am Main 2018. S. 93-111
- Schmidt, Hans-Reinhard: Was darf's denn sein? ADHS die Krankheit, die man sich aussuchen kann. In: Schmid, Hans-Reinhard (Hrsg.): Modekrankheit ADHS. Eine kritische Aufsatzsammlung. Frankfurt am Main 2018. S. 334f.
- Schmid, Gabriele: Grundlagen. Diagnostik. In: Kahl, Kai G./ Puls, Jan Hendrik/ Schmid, Gabriele: Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Stuttgart 2007, S. 11-21
- Schmid, Gabriele: Kindheit (6-12 Jahre). Symptomatik In: Kahl, Kai G./ Puls, Jan Hendrik/ Schmid, Gabriele: Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Stuttgart 2007, S. 33-35
- Systemische Gesellschaft: Systemischer Ansatz. 2017 URL: <https://systemische-gesellschaft.de/systemischer-ansatz/> [Stand 03.06.2020]

zentrales adhs-netz: zentrales adhs-netz, o. A.. URL: <https://www.zentrales-adhs-netz.de/> [Stand 29.04.2020]

ZVBV e.V. (Zentrale Vereinigung für bürgernehe Verbraucherinformationen): ADS/ADHS: Eine Herausforderung für Eltern und Kinder. URL: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/ads-adhs#therapiebausteine> [Stand 11.05.2020]

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Jessica Möller, erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema „Welche Auswirkungen hat die Diagnose ADHS auf betroffene Kinder und deren Eltern?“ selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Name, Ort, Datum, Unterschrift