



ID 84882583 © Katarzyna Bialasiewicz | Dreamstime.com

ADHS... WAS NUN?

Eine Infobroschüre für Eltern

Seminararbeit

Angewandte Entwicklungspsychologie

Herbstsemester 2019

Universität Zürich,
Psychologisches Institut
Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie im Säuglings- und Kindesalter

Verfasst von: Amelie Mazza

Dozierende: Ira Kurthen & Lea Mörsdorf
Abgabedatum: 20.12.2019

Inhalt

Einführung	2
Symptomatik	2
Diagnoseverfahren	3
Mögliche Ursachen von ADHS	4
Mögliche Interventionen	5
ADHS – Nicht nur etwas Schlechtes	7
Das Wichtigste in Kürze	7
Literaturverzeichnis	9

Einführung

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist eine der am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen. In Deutschland liegt die Prävalenz von ADHS bei ca. 4.8% (Schlack, Hölling, Kurth, & Huss, 2007). Weltweit wird sie auf 2-7% geschätzt (Sayal, Prasad, Daley, Ford, & Coghill, 2018). Bemerkbar macht sich diese Störung anhand ihrer Kernsymptome Hyperaktivität, verminderte Aufmerksamkeit und Impulsivität. Trotz der Häufigkeit dieser Störung wird die Diagnostizierung und Behandlung von ADHS kontrovers diskutiert. Die Forschung konnte noch kein klares Ursachenbild definieren. Für Eltern, deren Kinder mit ADHS diagnostiziert werden, ist es besonders schwierig mit diesen Unklarheiten umzugehen (Gebhart, 2016). Was bedeutet eigentlich die Diagnose ADHS? Was soll man dagegen unternehmen? Soll man dem Kind ein Arzneimittel geben? All diese Fragen und mehr stellen sich Eltern, die mit der Diagnose von ADHS ihres Kindes konfrontiert werden. Durch die Aufklärung über ADHS, ihre Konsequenzen und Interventionsmethoden können Eltern mit mehr Sicherheit entscheiden, was das richtige Vorgehen bei ihrem Kind ist.

Ziel dieser Infobroschüre ist es, einen kurzen Einblick für Eltern zu bieten, damit sie sich von der Diagnose ihres Kindes weniger überfordert fühlen. Anfangs fokussiert sich die Broschüre auf die Diagnostizierung: Symptome, Ursachen und das Vorgehen der Diagnostik werden dabei kurz beschrieben. Im zweiten Teil geht es um das Vorgehen nach der Diagnose: Welche mögliche Interventionsmethoden gibt es und was sind ihre Vor- und Nachteile?

Symptomatik

Typische Kernsymptome von ADHS sind gemäss DSM-5 (der diagnostische und statistische Leitfaden psychischer Störungen der American Psychiatric Association; American Psychiatric Association, 2013) folgende:

- Hyperaktivität (z. B. mit den Fingern spielen, mit den Füßen wippen, auf dem Stuhl herumrutschen)
- verminderte Aufmerksamkeit (z.B. Flüchtigkeitsfehler, Mühe, über eine lange Zeit aufmerksam zu sein, oft durch äussere Reize stark abgelenkt, sehr vergesslich)
- geringe Impulskontrolle (z.B. aufstehen, wenn dies nicht angebracht wäre, unangemessen viel sprechen, mit Antworten herausplatzen)

Dabei können 3 Subtypen von ADHS diagnostiziert werden: 1. vorherrschend unaufmerksamer Typ (Symptome aus dem Bereich der Unaufmerksamkeit); 2. vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Typ (Symptome aus dem Bereich der Hyperaktivität und Impulskontrolle); 3. Mischtyp

einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (alle drei Bereiche der Kernsymptome abgedeckt; Gebhardt, 2016).

Um die Diagnosekriterien für ADHS zu erfüllen, müssen sich die Symptome vor dem 12. Lebensjahr entwickelt haben (Gebhardt, 2016). Dabei gibt es bei der Klassifikation von ADHS kein spezifisches charakteristisches Symptom, anhand dessen man ADHS klar identifizieren könnte. Es handelt sich nämlich um eine Kombination von Symptomen, die zusammen die Störung ADHS ergeben. Daher ist es eine grosse Herausforderung, ADHS korrekt zu diagnostizieren (Gebhardt, 2016). Die Diagnose erfolgt anhand der Beschreibungen der Bezugspersonen, Lehrer sowie des Kindes selbst und der Beschluss, ob es sich um ADHS handelt oder nicht, hängt zudem von den Einschätzungen der Ärztin/des Arztes ab. Dies macht die Diagnose subjektiv und stellt ein grundlegendes Problem der Diagnostik von psychischen Störungen dar, da sie auch zu Falschdiagnosen führen kann (Müller, Candrian, & Kropotov, 2011).

Die Konsequenzen der Symptome sind in mehreren Lebensbereichen zu spüren. Kinder mit ADHS können ihre Emotionen nicht gut regulieren und werden schnell wütend und frustriert, was dazu führen kann, dass das Kind und sein soziales Umfeld darunter leiden (Gebhardt, 2016). Typischerweise können Kinder mit ADHS ihre Bewegungen schlecht kontrollieren und sie überlegen sich die Konsequenzen nicht bevor sie sprechen, was auch dazu führt, dass sie mit Sachen "herausplatzen", auch wenn sie gerade unangemessen sind (Müller et al., 2011). Sehr häufig kommt es dadurch zu Konflikten sowohl in der Schule, als auch mit den Eltern. Die ständigen Misserfolge, die die Kinder als Folge ihrer Störung erleben müssen, führen zu einem negativen Selbstbild, vor allem bei Jugendlichen. Das kann wiederum dazu führen, dass sie negative Bewältigungsmechanismen entwickeln, wie z.B. trotziges, feindseliges Verhalten oder Vermeidungsverhalten (Spröder, Brettschneider, Fischer, Fegert, & Grieb, 2013).

Diagnoseverfahren

Bei der Diagnostik wird folgenderweise vorgegangen (Müller et al., 2011):

1. Fragebogen: Zuerst werden die Symptome des Kindes mithilfe eines Fragebogens erfasst. Dieser wird von Eltern und einer zusätzlichen Person (z.B. Lehrperson) ausgefüllt.
2. Klinisches Interview: Hier werden Informationen zur Entstehungsgeschichte gesammelt, wobei auch das Verhalten und Aktivitätsniveau des Kindes beobachtet wird. Das Interview ermöglicht einen Einblick in das Denken, Fühlen und Verhalten des Kindes. Als Leitfaden für das klinische Interview werden Interviewanleitungen für ADHS-Diagnosen verwendet wie z.B. das *Kinder-Diagnostik-System* (KIDS).

3. Neuropsychologische Tests: Diese Tests sind zwar kein Muss, können aber zusätzliche Informationen über die spezifischen Schwierigkeiten liefern, die die ADHS mit sich bringt. Ein möglicher Test wäre der *Go-/no-go Test*, wo die Impulskontrolle geprüft wird. Jedoch kann man bis jetzt in neuropsychologischen Tests noch schlecht zwischen Kindern mit und ohne ADHS unterscheiden (Müller et al., 2011).

Mögliche Ursachen von ADHS

In der Forschung werden unterschiedliche mögliche Ursachen und Erklärungen von ADHS untersucht. Dabei gibt es verschiedene Faktoren, die zu diesem Störungsbild führen könnten, darunter sind genetische Faktoren, neurobiologische Prozesse und psychosoziale Faktoren.

Genetische Faktoren

In Zwillingsstudien wurde eine Erblichkeit von 76% von ADHS festgestellt, was darauf hinweist, dass genetische Faktoren eine sehr wichtige Rolle spielen (Spröber et al., 2013). Weitere Studien schätzen eine Erblichkeit von ADHS auf zwischen 60-80% (Hanten, Davydenko, & Retz, 2016). Welche spezifische Chromosomenstruktur verantwortlich ist, konnte noch nicht festgestellt werden (Spröber et al., 2013). Die Forschung ist aktuell dabei, dies weiterhin zu untersuchen. Man vermutet, dass es sich um eine polygenetische Störung handelt, das heisst, mehrere Gene sind in der Entstehung von ADHS involviert (Gallo & Posner, 2016).

Neurobiologische Prozesse

Eine Störung des sogenannten dopaminergen Transportsystems wurde als mögliche Ursache von ADHS gefunden. Das dopaminerge Transportsystem ist unter anderem in die Prozesse involviert, die für Motivation, Lernen und Belohnung zuständig sind (Spröber et al., 2013).

Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Faktoren werden zwar nicht als direkte Ursache für ADHS angesehen, jedoch wird es z.B. zweimal häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status diagnostiziert als bei Kindern aus Familien mit mittlerem oder hohem Status (Schlack et al., 2007). Auch hat man einen möglichen Zusammenhang zwischen inkonsequenten oder sehr rigiden Erziehungsstilen und dem Verlauf von ADHS entdeckt. Die Eltern können also durch ihr Erziehungsverhalten die Ausprägung der Symptome beim Kind beeinflussen (Spröber et al., 2013). Dies spricht zwar dafür, dass psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf den Verlauf von ADHS haben könnten. Es ist jedoch wichtig zu unterstreichen, dass Eltern nicht die Schuld für die Störung ihrer Kinder tragen.

Kognitiv-verhaltensorientiertes Modell

Das kognitiv-verhaltensorientierte Modell der Funktionsstörungen bei ADHS nimmt an, dass neuro- und psychophysiologische Grundrisiken, kombiniert mit sozialen Rahmenbedingungen und Lernerfahrungen, zum ADHS-Störungsbild führen können. Die Kernsymptome (verminderte Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) bilden dabei den Ausgang für das Entstehen eines Teufelskreises. Aufgrund ihrer Beeinträchtigungen werden Kinder Mühe haben Strategien zu entwickeln, um mit gewissen Situationen gut umgehen zu können. Das wiederum führt zu wiederholtem Erleben von Misserfolgen, die kombiniert mit sozialen Problemen zu negativen Gedanken führen. Daraus resultiert ein negatives Selbstbild, was mit starken negativen Gefühlen verbunden ist. Das Ergebnis dieses Prozesses ist, dass die Kernsymptome sich noch mehr verschärfen. So bildet sich ein Teufelskreis für das Kind (Spröber et al., 2013).

An dieser Stelle muss allerdings erwähnt werden, dass es sehr schwierig ist ein allgemein gültiges Modell für ADHS zu identifizieren, weil sich das Störungsbild sehr heterogen zeigt und oft in Kombination mit anderen psychischen Störungen vorkommt. Es lässt sich aber der Schluss ziehen, dass eine Intervention für das betroffene Kind unbedingt nötig ist.

Mögliche Interventionen

Interventionsmodus	Intervention
Patientenzentriert	<ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation des Patienten- Kognitiv-verhaltensorientierte Therapie- Pharmakotherapie- Neuropsychologische Trainings- Neurofeedback
Eltern- und familienzentriert	<ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation der Eltern- Elternt raining/-beratung- Intervention in der Familie
Schulzentriert	<ul style="list-style-type: none">- Psychoedukation der Lehrer- Intervention in der Schule

Abbildung 1 Interventionsmethoden bei ADHS (nach Spröber et al., 2013)

Wie auf Abb.1 zu sehen ist, gibt es mehrere Varianten von Interventionsmethoden, die bei ADHS einsetzbar sind. Diese werden gemäss dem individuellen Bedarf des von ADHS betroffenen Kindes miteinander kombiniert. Es wird dabei ein individueller Behandlungsplan aufgestellt.

Pharmakotherapie

Die bekannteste Interventionsmethode ist die Substanz *Methylphenidat*. Ein Beispiel für ein Medikament, welches *Methylphenidat* enthält ist «Ritalin». Es handelt sich dabei um ein Stimulans und wirkt sehr ähnlich wie Amphetamin (Müller et al., 2011). Ein Stimulans hat eine aktivierende Wirkung auf den Organismus. *Methylphenidat* wirkt als Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Spröder et al., 2013). Dies sorgt dafür, dass Kinder z.B. aufmerksamer und fokussierter sein können. Die Voraussetzung für die Einnahme von Medikamenten bei ADHS sind schwere Symptome, die nicht durch weitere Interventionsmethoden vermindert werden konnten. Medikamente sollten der Unterstützung anderer Interventionsmethoden dienen (Pelz, Banaschewski, & Becker, 2008).

Was spricht nun gegen die Einnahme dieses Medikaments, wenn es so gut und schnell wirkt? Es sind die Nebeneffekte, welche manchmal von Patienten nicht toleriert werden können. Die häufigsten Nebeneffekte sind: Appetitverlust, Schlafstörungen, Kopf- und Magenschmerzen, Beeinträchtigung der Stimmung (Spröder et al., 2013). Auch problematisch sind die sogenannten «non-responders», also Personen, bei denen das Medikament kaum Wirkung zeigt.

Psychotherapeutische Ansätze

Es gibt verschiedene Formen des psychotherapeutischen Ansatzes, z.B. Einzel- und Gruppentherapie, Verhaltenstherapie usw.

Ein Beispiel für einen verhaltenstherapeutischen Ansatz ist das sogenannte *Response-Cost-Token-System*, wo erwünschte Verhaltensweisen des Kindes sofort durch die Verteilung von Punkten (z.B. in Form von kleinen Münzen) belohnt wird. Diese Münzen können dann später gegen eine konkrete Belohnung eingetauscht werden (Toussaint et al., 2011).

Weitere Inhalte einer Verhaltenstherapie können unter anderem die Identifikation von spezifischen Problemen sein, positive und negative Auswirkungen dieser Probleme zu analysieren, sowie auch die Entwicklung von Regeln, um die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern zu fördern. Das Ziel ist dabei meistens, die Fähigkeiten des betroffenen Kindes zur Selbstorganisation zu verbessern (Spröder et al., 2013).

Die Verhaltenstherapie ist eine effektive Methode, die gut gegen ADHS-Symptome einsetzbar ist. Die besten Effekte zeigen sich jedoch, wenn man eine pharmakologische und eine psychotherapeutische Therapie kombiniert (Catalá-López et al., 2017).

Neurofeedback

Die aktuelle Forschung untersucht gerade eine neue mögliche Interventionsmethode, die mit Erfolg die Symptome der ADHS zu reduzieren scheint und für langanhaltende Effekte sorgt (Enriquez-Geppert, Smit, Pimenta, & Arns, 2019). Beim Neurofeedback handelt es sich um eine Therapie, in welcher die Patienten auf die Aktivität in ihrem Gehirn aufmerksam gemacht werden (Enriquez-Geppert et al., 2019). Dabei wird die Gehirnaktivität gemessen und in Echtzeit in für die Patienten wahrnehmbare Signale transformiert. Durch diese Signale kann der Patient lernen, die neuronalen Mechanismen, die die Basis von Kognition und Verhalten bilden, direkt zu regulieren (Enriquez-Geppert et al., 2019). Das Ziel ist, die eigene Gehirnaktivität so zu regulieren zu können, dass ein aufmerksamer oder entspannter Zustand hervorgerufen werden kann. Die Therapie dauert ca. 20-40 Sitzungen, die langanhaltende Effekte hat (Schellhorn & Zobel, o.J.).

ADHS – Nicht nur etwas Schlechtes

Es ist nicht einfach mit ADHS umzugehen, jedoch sollte man nie vergessen, dass auch ein Kind mit ADHS gute Chancen hat, ein schönes und erfolgreiches Leben zu führen. An dieser Störung zu leiden muss nicht nur Negatives bedeuten. Es ist wichtig für Betroffene, dass sie auch eine positive Sicht auf ihre Störung bekommen. Beispiele für mögliche positive Eigenschaften von ADHS-Betroffenen sind folgende: Kreativität, Hilfsbereitschaft, Einsatzbereitschaft, Sensibilität, Emotionalität, Ehrlichkeit, Begeisterungsfähigkeit, Spontanität, Ideenreichtum, Charme, Fantasie usw. (Pütter, Pütter-Ammer & Ammer, o.J.). Kinder und ihre Eltern sollen die Perspektive zu den Defiziten von ADHS ändern und versuchen, Ressourcen statt Defizite in ihnen zu sehen (Pütter et al., o.J.). Das ist wichtig für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes des Kindes.

Das Wichtigste in Kürze

- ADHS: Es handelt sich um eine der am häufigsten diagnostizierten Störungen bei Kindern. Wenn Ihr Kind ADHS hat, stehen Sie nicht alleine da.
- ADHS ist nicht das Ergebnis von schlechter Erziehung. Der genetische Faktor wird als Ursache von ADHS stark gewichtet. Sie tragen keine Schuld an der Störung Ihres Kindes.
- ADHS ist eine ernst zu nehmende Störung und benötigt unbedingt eine Intervention.
- Die pharmakologische Therapie soll als Unterstützung von anderen Interventionsmethoden dienen und nur bei schweren Symptomen eingesetzt werden.

- Neurofeedback kann eine effektive Interventionsmethode sein.
- ADHS zu haben bedeutet nicht unbedingt eine verminderte Lebensqualität. Vermitteln Sie Ihrem Kind ein positives Selbstbild, indem Sie selber ein positives Bild Ihres Kindes und seiner Störung bekommen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M., Ridao, M., Saint-Gerons, D., Catalá, M., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and nonpharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS ONE*, 12(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>.
- Enriquez-Geppert, S., Smit, D., Pimenta, M. G., & Arns, M. (2019). Neurofeedback as a Treatment Intervention in ADHD: Current Evidence and Practice. *Current Psychiatry Reports*, 21(6), 46. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1021-4>.
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 555–567. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00096-1).
- Gebhardt, B. (2016). *Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule*. Wiesbaden: Springer
- VS.Hanten, M., Davydenko, S., & Retz, W. (2016). Generationenübergreifende Behandlung von ADHS in Familien. *In/Fo/Neurologie & Psychiatrie*, 18(1), 28-32. <https://doi.org/10.1007/s15005-016-1583-1>.
- Müller, A., Candrian, G., & Kropotov, J. (2011). *ADHS Neurodiagnostik in der Praxis*. Berlin: Springer Medizin.
- Pelz, R., Banaschewski, T., & Becker, K. (2008). Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS- Eine Übersicht. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156, 768–775. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1729-4>.
- Pütter, S., Pütter-Ammer, K., & Ammer, R. (o.J.). *ADHS – Infoportal für Erwachsene mit ADHS: Stärken entdecken*. <https://www.adhs-ratgeber.com/adhs-selbstwahrnehmung-staerken-erkennen.html> [Zugriff am: 13.11.2019]
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5, 175–186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0).
- Schellhorn, K. & Zobel, A. (o.J.). *Neurofeedback- Eine sanfte Methode zur Behandlung der ADHS*. <http://www.adhs-feedback.de/neurofeedback-bei-adhs/> [Zugriff am:13.11.2019]
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B., & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5), 827–835.
<https://doi.org/10.1007/s00103-007-0246-2>.

Spröber, N., Brettschneider, A., Fischer, L., Fegert, J. M., & Grieb, J. (2013). *SAVE- Strategien für Jugendliche mit ADHS*. Berlin: Springer Medizin.

Toussaint, A., Petermann, F., Schmidt, S., Petermann, U., v. Müller, G., Sinatchkin, M., & Gerber, W. (2011). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Massnahmen auf die Aufmerksamkeit- und Exekutivfunktionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(1), 25-36.
<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000049>.