



Diagnose ADHS – Was nun?

Angewandte Entwicklungspsychologie

Seminararbeit
Herbstsemester 18

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie

verfasst von: **Leonie Ziehmann**

Dozierende: Larissa Stuber & Lea Mörsdorf

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Symptomatik	4
Krankheitsverlauf	4
Diagnose	5
Verhaltensbasiert.....	5
Neuropsychologisch.....	6
Interventionen.....	6
Medikamentös.....	6
Kindzentriert	7
Elternzentriert.....	8
Lehrerzentriert.....	8
Positive Perspektive.....	8
Fazit.....	9
Literaturverzeichnis	10

Einleitung

„Ihr Kind hat ADHS.“ – diese Botschaft kann für Eltern ein ausserordentlicher Schock sein und einer Hiobsbotschaft gleichkommen. Eine Diagnose kann Hilflosigkeit und ein Gefühl des Gestraft-seins auslösen.

„Warum genau mein Kind?“, werden sich viele fragen, während die Gedanken um Lernschwierigkeiten, medikamentöse Behandlungen, Therapien und eine schwierige Zukunft kreisen.

Doch was bedeutet die Diagnose ADHS genau für ein Kind und für dessen Eltern? Unser Alltagswissen über ADHS bewegt sich oftmals irgendwo zwischen Tatsachen und Halbwissen. So werden gewisse Fakten vollkommen überspitzt dargestellt, während andere wiederum kaum Beachtung finden. Das alles kann zu einem verzerrten und negativen Bild der Störung führen – und damit ist weder den betroffenen Kindern, noch deren Eltern geholfen.

ADHS steht für „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“. Die Ursache der Störung konnte bisher noch nicht vollständig geklärt werden. Es wird jedoch von einer Vielzahl genetischer Einflussfaktoren in Kombination mit verschiedenen Umweltfaktoren ausgegangen (Banaschewski, o.J.).

ADHS wird deutlich häufiger diagnostiziert, als vielen Eltern und Lehrern bewusst ist. So schwanken die Schätzungen zur Häufigkeit für Aufmerksamkeitsstörungen zwischen 4.6% und 15.8%. Jungen sind dabei 2- bis 4-mal häufiger betroffen als Mädchen.

Diese Zahlen führen uns vor Augen, dass wir es hier nicht mit einem seltenen Phänomen zu tun haben, sondern mit einer verbreiteten Diagnose, bei der es an vielen Fronten an Aufklärung mangelt.

Hier kommt diese Broschüre ins Spiel. Sie soll Eltern und Lehrern dabei helfen Unsicherheiten zu reduzieren und einen besseren Umgang mit den betroffenen Kindern ermöglichen.

Um dies zu gewährleisten, liefert diese Broschüre sowohl einen Überblick über den theoretischen Rahmen von ADHS (*Theorien, Modelle & Testverfahren*) als auch über aktuelle praktische Interventionen (*familiäre, schulische, medikamentöse und kindzentrierte Interventionen*).

Nach dem Lesen der Broschüre sollte das Wort ADHS nicht mehr als bössartige Präsenz im Raume schweben, sondern als eine relativ weit verbreitete Diagnose verstanden werden. Eine Diagnose, welche zwar Symptome und Konsequenzen mit sich bringt, aber keinesfalls mit einem beschwerlichen oder gar unerfüllten Leben gleichgestellt werden sollte.

Symptomatik

Bei einer ADHS liegen typischerweise drei Leitsymptome vor (Tab. 1). Die Ausprägungen der einzelnen Symptome können dabei von Kind zu Kind variieren (Ludewig, o.J.).

Unaufmerksamkeit	Orientierungsreaktion kann nicht gehemmt werden
Hyperaktivität	Motorische Impulse können nicht gehemmt werden
Impulsivität	Wünsche und Handlungen können nicht gehemmt werden

Um eine Diagnose stellen zu können, sollte die Symptomatik bereits vor dem 7. Lebensjahr aufgetreten sein und sich in verschiedenen Lebensbereichen zeigen (*bspw. Zuhause, beim Spielen mit Freunden oder in der Schule*; Jacobs & Petermann, 2007).

Neben den drei Leitsymptomen können sich zusätzlich noch weitere ADHS-typische Merkmale zeigen. Eine verminderte Kontrolle der Gefühle kann zu impulsivem Verhalten, Gefühlsausbrüchen oder Stimmungsschwankungen führen und eine geringe Frustrationstoleranz kann Probleme beim Spielen oder in der Schule verursachen. Auch eine Tendenz viel zu reden und eine mangelnde Fähigkeit zuzuhören, können auftreten.

Das alleinige Vorkommen dieser zusätzlichen Symptome sollte jedoch auf keinen Fall als Anlass für eine ADHS-Diagnose gesehen werden. Sie können entwicklungsabhängig sein und mit der Zeit von selbst verschwinden oder einfach Teil der Persönlichkeit sein (Jacobs & Petermann, 2007).

Krankheitsverlauf

Die ersten Anzeichen einer ADHS zeigen sich meist bereits im Kleinkindalter. Die Symptomatik verstärkt sich in der Regel vom Kleinkind- zum Kindergartenalter.

Beim Grundschuleintritt nehmen die Schwierigkeiten meist stark zu. Die Symptome werden besonders deutlich, da die betroffenen Kinder mit den Anforderungen an Ruhe, Ausdauer und Konzentration überfordert sind. Die Lese-, Rechtschreib- und Rechenfähigkeit können dadurch erheblich beeinträchtigt sein.

Zusätzlich kann die Symptomatik zu Ausgrenzungserfahrungen führen, welche ein niedriges Selbstwertgefühl und aggressive Verhaltensweisen fördern können.

Im Jugendalter kann sich die motorische Unruhe vermindern. Impulsivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen bleiben meist bestehen. Betroffene haben häufig Schwierigkeiten damit, sich selbst zu organisieren und mit anderen zu kommunizieren. Oft wird eine gesteigerte Neigung zu riskantem Verhalten festgestellt. Aufgrund vieler schulischer Misserfolge können Leistungsverweigerung und eine Abwehr schulischer Leistung auftreten (Banaschewski, o.J.).

Im Verlaufe einer ADHS kann es zu einer Vielzahl von Begleiterkrankungen kommen. Dazu gehören unter anderem Angststörungen, Depressionen oder bipolare Störungen, welche das abwechselnde Auftreten depressiver und euphorischer Phasen beschreiben. Auch oppositionelles, trotziges Verhalten kommt häufig vor.

Zusätzlich haben Betroffene ein erhöhtes Risiko für Drogenmissbrauch und ungünstige Schulprognosen.

Diese zusätzlichen Gefahren unterstreichen die Wichtigkeit einer möglichst frühen Diagnose. Wird ADHS bereits im Kindesalter diagnostiziert, so kann Begleiterkrankungen frühzeitig entgegengewirkt und Risiken können minimiert werden (Jacobs & Petermann, 2007).

Diagnose

Damit eine Diagnose für ADHS gestellt werden kann, müssen bezüglich der auftretenden Symptome mehrere Voraussetzungen erfüllt sein (Abb. 1).

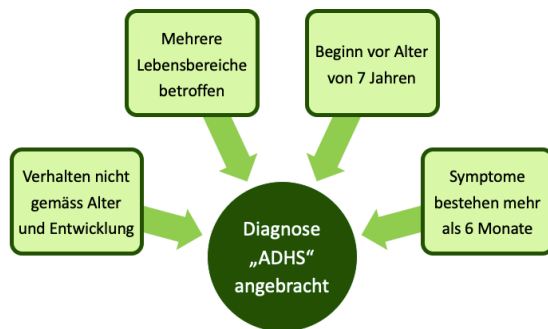


Abbildung 1. Voraussetzungen für Diagnosestellung (nach Ludewig, o.J.)

Die auftretenden Symptome bestimmen dabei, welcher ADHS-Typ vorliegt. So müssen für den Mischtyp alle drei Leitsymptome vorliegen, während dies für die verschiedenen Subtypen (bspw. Rein unaufmerksamer oder rein hyperaktiv-impulsiver Subtyp) nicht zwingend notwendig ist.

Für eine möglichst verlässliche ADHS-Diagnose sollte eine Kombination aus verhaltenstherapeutischen und neuropsychologischen Ansätzen verwendet werden (Jacobs & Petermann, 2007).

Diagnose - Verhaltensbasiert

Beim verhaltensbasierten Ansatz steht das Verhalten des Kindes in spezifischen Situationen im Vordergrund. Es können verschiedene Erhebungsmethoden angewandt werden, wobei häufig Eltern und Lehrer miteinbezogen werden (Tab. 2).

Tab. 2 Klassische verhaltenstherapeutische Methoden	
Verhaltensbeobachtung	Beobachtung in verschiedenen Situationen
Eltern- & Lehrerbefragung	Im direkten Gespräch und mit Fragebögen
Selbstbefragung des betroffenen Kindes	Im direkten Gespräch oder mit Fragebögen (ab. 11. Lebensjahr)

Das SORCK-Modell steht im Kern der verhaltensbasierten Diagnosestellung (Jacobs & Petermann, 2007). Es setzt sich aus fünf Bestandteilen zusammen, welche sich jeweils auf einen anderen Aspekt einer Situation beziehen (Abb. 2).

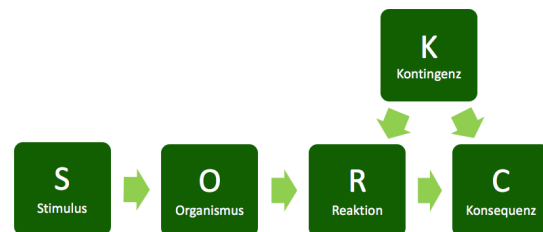


Abbildung 2. Aufbau des SORCK-Modells (nach Hutterer, 2011)

Anhand des SORCK-Modells können Informationen rund um Verhaltensauffälligkeiten gesammelt, organisiert und analysiert werden. Dies ermöglicht das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen Problemsituationen, ihren Bedingungen und Konsequenzen (Tab. 3; Hutterer, 2011).

Tab. 3 Anwendungsbeispiel SORCK-Modell				
S	O	R	C	K
Der Lehrer erklärt der Klasse eine Aufgabe	Der Junge ist stark hyperaktiv	Er zappelt mit den Beinen und schaukelt auf dem Stuhl	Der Lehrer schickt den Jungen aus dem Zimmer	Da der Junge oft nicht stillsitzen kann, wird er mehrmals täglich rausgeschickt

Diagnose - Neuropsychologisch

Bei der Diagnosestellung sollte neben der verhaltensbasierten auch die neuropsychologische Perspektive berücksichtigt werden. Diese ermöglicht eine genaue Differenzierung des vorliegenden ADHS-Typs, was die Planung des therapeutischen Vorgehens erleichtert (Jacobs & Petermann, 2007).

In der neuropsychologischen Testdiagnostik werden verschiedene, mit ADHS zusammenhängende, Aspekte über Testverfahren ermittelt. Zentral ist dabei das Erfassen der Aufmerksamkeit.

Hierzu gibt es verschiedene Verfahren, wie beispielsweise die computergestützte TAP (= „*Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung*“), welche verschiedene Aufmerksamkeitskomponenten erfasst. Zusätzlich werden vor allem im schulischen Kontext Intelligenz, Gedächtnis, Lesen, Schreiben und Rechnen getestet, um weitere Defizite aufdecken zu können.

Zeigen sich im Aufmerksamkeitsbereich unterdurchschnittliche Ergebnisse und liegt eine deutliche Diskrepanz zum sonstigen Leistungsniveau vor, so kann von einer Aufmerksamkeitsproblematik ausgegangen werden. Auffällige Testergebnisse sollten dabei in jedem Fall anhand Verhaltens- und Alltagsbeobachtungen von Eltern und Lehrern überprüft werden (Jacobs & Petermann, 2007).

Interventionen

Anhand der verschiedenen Differenzierungen, welche im Verlaufe der Diagnose getroffen werden, kann das therapeutische Vorgehen spezifiziert werden. Dabei werden auch die Stärken und Ressourcen des Kindes und dessen Familie berücksichtigt.

Es kann zwischen einer medikamentösen Behandlung und praktischen Interventionen für Eltern, Lehrer und das Kind unterschieden werden (Jacobs & Petermann, 2007).

Interventionen - Medikamentös

Eine medikamentöse Behandlung wird bei ADHS, entgegen des verbreiteten Glaubens, erst angesetzt, sofern verschiedene Voraussetzungen erfüllt sind (Tab. 4; Jacobs & Petermann, 2007).

Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none">- 6. Lebensjahr erreicht- Schwere, situationsübergreifende Beeinträchtigung- Keine / kaum Verbesserungen durch psychotherapeutische Interventionen
-----------------	--

Der klare Vorteil einer medikamentösen Behandlung ist die schnelle Wirkung. Diese kann sich bereits 20-30 min nach der ersten Einnahme zeigen. Zusätzlich kann eine physische Abhängigkeit, aufgrund der langen Latenz zwischen Einnahme und Wirkung, ausgeschlossen werden. Nachteilig wären hier allfällige Nebenwirkungen (*bspw. Einschlafstörungen oder Appetitmangel*) oder ein komplettes Ausbleiben der Wirkung (Jacobs & Petermann, 2007).

Interventionen - Kindzentriert

Bei kindzentrierten Interventionen kann zwischen verhaltenstherapeutischen und neuropsychologischen Ansätzen unterschieden werden.

Bei der neuropsychologischen Therapie werden i.d.R. zwei verschiedene Vorgehensweisen angewandt (Tab. 5). Die Effizienz der einzelnen Methoden kann von Kind zu Kind variieren (Jacobs & Petermann, 2007).

Tab. 5 Neuropsychologische Therapieansätze	
„Enhancing the strengths“	Ansätzen an den Stärken => Erarbeitung Kompensationsstrategien
„Attacking the weakness“	Direktes Angehen der Schwächen => Behandlung der Aufmerksamkeitskraft

Ein wichtiges Verfahren der Verhaltenstherapie ist die operante Methode zur Verhaltensmodifikation, d.h. erwünschte Verhaltensweisen werden belohnt (bspw. durch Zuwendung oder Lob), unerwünschte können sanktioniert werden.

Ein weiteres Beispiel für eine mögliche Verhaltenstherapie ist die Selbstinstruktion. Das Selbstinstruktionstraining eignet sich besonders gut für Kinder, bei denen ein impulsiver Arbeitsstil und eine erhöhte Ablenkbarkeit festgestellt wurde. Selbstinstruktion kann helfen, wenn die alleinige Verwendung operanter Methoden keinen Therapieeffekt zeigen konnte.

Das Training hilft Kindern dabei, ihre Handlungen und Gedanken zu steuern. Das Grundprinzip ist dabei, dass Begleiten der eigenen Handlungen mit innerer Sprache.

Dies wird den Kindern langsam antrainiert.

Zu Beginn üben die Kinder, indem sie einfache Aufgaben (bspw. das Nachzeichnen eines *Musters*) laut sprachlich begleiten sollen, bis sie schlussendlich ihre Handlungen mit dazugehörigen Gedanken begleiten können, ohne diese aussprechen zu müssen. Als zusätzliche Hilfe können Signalkarten (bspw. „*Ich lese die Aufgabenstellung genau durch*“) verwendet werden, welche den Kindern das Einprägen einzelner Handlungsschritte erleichtern (Walsdorff, 2018).

Darüber, ob diese Methode bereits im Vorschulalter eingesetzt werden kann, sind sich Forschende uneinig. Einige berichten von einer hohen Wirksamkeit, während andere der Meinung sind, dass diese Methode zu hohe kognitive Anforderungen an Kinder im Vorschulalter stellt (Jacobs & Petermann, 2007).

Ein weiteres Beispiel der kindzentrierten Verhaltenstherapie ist das Spieltraining.

Es eignet sich für Kinder im Alter von ca. 4 – 8 Jahren, welche Mühe damit haben, sich für längere Zeit einem Spiel zu widmen. Das Training soll die Beschäftigungsintensität und die Ausdauer des Kindes beim Spielen verbessern.

Zunächst wird durch eine vorstrukturierte Spielsituation ein intensives und ausdauerndes Spielverhalten aufgebaut. Dieses wird danach durch Förderung der Selbststeuerung stabilisiert während gleichzeitig die Fremdsteuerung immer weiter reduziert wird. Funktioniert dies, so können die Anforderungen an das Spiel- und Beschäftigungsverhalten weiter erhöht werden. Ist das Training in den Therapiestunden erfolgreich, so wird es zuhause von den Eltern

fortgesetzt. Damit wird die Übertragung des gelernten Spielverhaltens auf den Alltag unterstützt (Döpfner, o.J.).

Diese beiden Initiativen sind nur zwei aus einer grossen, breitgefächerten Auswahl, in der sich für jedes Kind und jede Familie eine passende Kombination finden lässt.

Interventionen - Elternzentriert

Elternzentrierte Intervention setzen sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen. Diesen geht eine elterngerechte Aufklärung über die Störung und Behandlungsmöglichkeiten voraus.

Grundsätzlich setzen Elterntrainings an den auslösenden Reizen sowie den Konsequenzen des Problemverhaltens an (Tab. 6), also dem „S“ und dem „C“ des SORCK-Modells (Jacobs & Petermann, 2007).

Tab. 6 Elternzentrierte Interventionen	
Bestandteile	<ul style="list-style-type: none">- Reflexion der eigenen Einstellung- Veränderung Kommunikationsverhalten- Einführung fester Spielzeit- Wirkungsvolle Regeln / Grenzen- Einsatz von Belohnungen / Disziplinierungen zur Verhaltensmodifikation

Interventionen - Lehrerzentriert

Im Zentrum der lehrerzentrierten Interventionen steht eine Verbesserung der Lehrer-Kind-Interaktion. Dies kann durch regelmässiges Lob oder kurze Einzelgespräche erreicht werden. Des Weiteren können auslösende Reize und aufrechterhaltende Bedingungen identifiziert werden, wodurch der Schulalltag erleichtert wird (Jacobs & Petermann, 2007).

Positive Perspektive

Etwas, das bei einer Diagnose häufig vergessen wird, ist die Tatsache, dass viele ADHS-Betroffene auch sehr viele positive Eigenschaften mitbringen.

So beschreiben Betroffene, dass sie, durch ihre besondere Art zu denken, häufig sehr kreative und unkonventionelle Lösungen zu Problemen finden können, die Anderen verschlossen bleiben. Betroffene tendieren dazu, sich enorm für etwas begeistern zu können. Sie sind bekannt für ihre Phantasie, Hilfsbereitschaft und Ideenreichtum. Häufig sind sie besonders sensibel und einfühlsam und tragen ihr Herz auf der Zunge (Pütter, Pütter-Ammer & Ammer, o.J.).

All diese positiven Aspekte, die ADHS mit sich bringen kann, werden bei einer Diagnose häufig komplett vergessen. Gerade für Eltern kann es eine enorme Erleichterung sein zu erfahren, dass diese Störung ihr Kind nicht in allen Lebensaspekten benachteiligen und belasten wird. Auch Betroffene selbst, können enorm davon profitieren, nicht nur über die negativen, sondern auch die positiven Aspekte von ADHS zu erfahren.

Fazit

ADHS ist eine sehr kontroverse Diagnose. Betroffene Kinder haben noch heute unter starker Stigmatisierung zu leiden und viele Eltern weigern sich gar, ADHS als eine tatsächliche Störung anzuerkennen und bezeichnen sie als „Modekrankheit“.

Doch ADHS ist alles andere, als eine blosse Modeerscheinung. Die Zahl der Betroffenen ist hoch und zieht sich durch alle Geschlechter, Kulturen und Altersgruppen.

Diese Broschüre soll Eltern und Lehrern dabei helfen, mehr Verständnis für diese Störung zu entwickeln und besser mit den Betroffenen umgehen zu können. Sie soll Ängste und Vorurteile mindern und eine neue Perspektive ermöglichen. Dank der grossen Vielzahl an Interventionen können Betroffene optimal unterstützt und behandelt werden.

Wichtig ist dabei, sich auch die Limitationen der Interventionen vor Augen zu führen. So kann die Wirksamkeit der verhaltens-therapeutischen und neuropsychologischen Interventionen stark von Kind zu Kind variieren. Selbst bei einer medikamentösen Behandlung kann die erwünschte Wirkung ausfallen oder eine Reihe von Nebenwirkungen (*bspw. Einschlafstörungen / Appetitmangel / Tics*) auftreten. Dies verdeutlicht nochmals, wie wichtig die Individualisierung der Interventionsmethoden für jedes Kind ist.

Die wichtigsten Punkte, welche aus dieser Broschüre mitgenommen werden sollten, lauten wie folgt:

- ADHS ist keine Modekrankheit sondern eine weit verbreitete Störung
- Eine frühe Diagnose ist sehr wichtig für einen positiven Krankheits- und Behandlungsverlauf
- ADHS kann sich in jedem Kind unterschiedlich ausprägen
- Medikamente werden erst ab dem 6. Lebensjahr und nur unter bestimmten Voraussetzungen verschrieben
- Interventionen können individuell auf die Kinder abgestimmt werden
- Eltern und Lehrer werden in praktisch alle Interventionen miteingebunden
- ADHS-Betroffene bringen viele positive Eigenschaften mit sich

Das Wichtigste für Eltern und Lehrer ist, ADHS nicht als eine fatale Diagnose zu betrachten, sondern als eine Störung, welche, bei frühzeitiger Erkennung, gut behandelbar ist und in keinem Falle eine verminderte Lebensqualität zur Folge haben muss. Kinder mit ADHS sind keine lauten, unaufmerksamen Störenfriede mit zu viel Energie, die nicht streng genug erzogen wurden, sondern leiden unter einer Störung, die einer Therapie bedarf. Gegen eine solche Stigmatisierung muss angekämpft werden um den Betroffenen, ihren Eltern und Lehrpersonen einen möglichst positiven Umgang mit ADHS zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Banaschewski, T. (o.J.), Neurologen und Psychiater im Netz: Ursachen von ADHS. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/ursachen/>
- Banaschewski, T. (o.J.). Neurologen und Psychiater im Netz: Verlauf von ADHS im Kindes-/Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/verlauf/>
- Döpfner, M. (o.J.). Infoportal ADHS: Spieltraining -Elementarbereich. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.adhs.info/fuer-paedagogen/speziell-elementarbereich/interventionen/verhaltenstherapie/spieltraining.html>
- Hutterer, B. (2011). SORKC-Schema: Systematische Verhaltensanalyse – auch für ErgotherapeutInnen hilfreich. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.handlungsplan.net/sorkc-schema-systematische-verhaltensanalyse-auch-fuer-ergotherapeutinnen-hilfreich/>
- Jacobs, C. & Petermann F. (2007). Diagnostik und Therapie von Aufmerksamkeitsstörungen, Monatschrift Kinderheilkunde, 10, 921 – 927. <https://doi.org/10.1007/s00112-007-1596-4>
- Ludewig, M. L.(o.J.). ADHS bei Kindern und Erwachsenen: Heilpädagogische Infos zu Störungsbild und Therapiekonzept. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <http://www.adhs.de/1sympt.html>
- Pütter, S., Pütter-Ammer, K. & Ammer, R. (o.J.). ADHS – Infoportal für Erwachsene mit ADHS: Stärken entdecken. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.adhs-ratgeber.com/adhs-selbstwahrnehmung-staerken-erkennen.html>
- Walsdorff, M. (2018). Das Selbstinstruktionstraining in der Lerntherapie. Abgerufen am 02.02.2019, unter: <https://www.experto.de/gesundheit/kinder-jugend-gesundheit/das-selbstinstruktionstraining-in-der-lerntherapie.html>