
Fachhochschule Magdeburg – Stendal
Fachbereich – Angewandte Humanwissenschaften
Studiengang – Angewandte Kindheitswissenschaften

**Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)**

Das Phänomen "ADHS" und sein Einfluss auf die Entwicklung von Kindern

Vorgelegt von: Nadja Winkler
Hohe Bude 8
39576 Stendal

Matrikelnummer.: 20132394
Email: nadja.winkler92@gmail.com

Erstgutachter: Prof. Dr. Michael Klundt
Zweitgutachter: Prof. Dr. Jörn Borke

Stendal, September 2016

Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort	S. 3
2. Begriffsdefinition ADHS	S. 5
3. Entstehung von ADHS	S. 5
3.1. Historie	S. 5
3.2. Ursachen	S. 7
3.3. Symptome	S. 9
- im Säuglings.- und Kindesalter	S. 9
- im Jugendalter	S. 10
- im Erwachsenenalter	S. 11
3.4. Diagnostik	S. 12
4. Therapiemöglichkeiten	S. 16
5. Folgen nicht behandelter/behandelter ADHS	S. 22
6. ADHS im Kindesalter	S. 23
7. Nachwort	S. 33
8. Literaturnachweis	S. 35
9. Anlagen	S. 38
10. Eidesstaatliche Erklärung	S. 42

1. Vorwort

Im September 2014 habe ich ein vierwöchiges Praktikum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Stendal absolviert, bei dem ich zum ersten Mal direkt mit der Krankheit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (kurz: ADHS¹) konfrontiert wurde. Während meines Auslandspraktikums im März 2016 in einer privaten deutschen Schule in Pattburg (Dänemark) habe ich dann die Möglichkeit erhalten, mit einem „verhaltensauffälligem“ Kind zu arbeiten und deren schulischen Alltag gemeinsam zu bewältigen. Nach dieser Erfahrung habe ich mich dazu entschlossen, mich näher mit dieser Thematik auseinanderzusetzen, um das Phänomen besser verstehen zu können.

Meine Recherche zu diesem Thema im Allgemeinen hat ergeben, dass in den letzten Jahren, besonders in den westlichen Industrieländern, Familien und deren Umfeld immer häufiger mit dem Begriff des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms konfrontiert werden. Besonders wurde dies auch durch die öffentlichen Medien popularisiert. Ebenfalls ist durch die Medien der Bekanntheitsgrad zum Thema ADHS deutlich gestiegen. So erhält man zum Beispiel auf die Eingabe des Begriffes ADHS in die Suchmaschine des Internets ca. 2.500.000 Ergebnisse. (Stand: 13.08.2016) ADHS ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. Die Krankheit ist ein anerkanntes klinisches Störungsbild, welches sich durch eine erhebliche Beeinträchtigung der Konzentration und Aufmerksamkeit, Störung der Impulskontrolle und der motorischen Hyperaktivität auszeichnet. Die psychische Erkrankung ist mit Konsequenzen für den Betroffenen und deren Umfeld verbunden. In meiner Bachelorarbeit möchte ich untersuchen, welche perspektivischen Auswirkungen auftreten können und zu welchen Konsequenzen, bei nicht rechtzeitiger Diagnose oder Nichtbehandlung, es führt. Der Umgang mit den betroffenen Kindern stellt eine Herausforderung für Eltern und Pädagogen dar. Er ist gekennzeichnet von großer Ratlosigkeit und erheblichen Informationsbedarf.

¹ Im weiteren Verlauf meiner Bachelorarbeit werde ich die Abkürzung ADHS weiterhin verwenden

Bei etwa drei bis zehn Prozent der Kinder (Brandau, Pretis, Kaschnitz, S.17) wird im Durchschnitt diese Diagnose gestellt, die aber immer noch um ihre Daseinsberechtigung kämpft, da sie oft als „Modeerscheinung“ angesehen wird. Ob die Störung nur ein verhaltensauffälliger Charakterzug ist oder doch ein Krankheitsbild werde ich in meiner Arbeit prüfen. Für diese „Erscheinung“ gibt es auch andere Begrifflichkeiten, jedoch werde ich mich nur auf den ADHS Begriff beziehen, da dieser am häufigsten zu finden ist bzw. verwendet wird.

Ein besonderes Spannungsverhältnis stellt die Pädagogik und Psychiatrie dar. Rein formal lässt sich die Pädagogik von der Psychiatrie eindeutig unterscheiden, denn in der Pädagogik geht es um die Erziehung und in der Psychiatrie um die Therapie. Jedoch treten in der Praxis Schwierigkeiten auf. Im Bereich psychische Störungen sind keine Nachweismethoden vorhanden. Die Diagnose erfolgt nach bestimmten Klassifikationssystemen, welche ich zum Punkt Diagnostik näher erläutern werde. Durch diese Symptome lässt sich die Krankheit ADHS definieren. Die Problematik zwischen der Pädagogik und Psychiatrie spielt bei dem Thema ADHS deshalb eine große Rolle, weil es keine andere psychische Störung gibt, deren Symptome sich so eng auf das Verhalten im pädagogischen Kontext beziehen.

2. Begriffsdefinition ADHS

Wie im vorherigen Kapitel schon erwähnt, bedeutet ADHS in Worten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Dieser Begriff ist seit 1847 in Gebrauch. In älteren Zeiten war die ADHS Erkrankung unter anderem auch unter den Begriffen „hyperkinetische Störung“, „frühkindliche leichte Hirnschädigung“, „minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD), „kindliches exogenes Psychosyndrom“ oder auch „Zappelphilipp-Syndrom“ bekannt.

Wie weit die ADHS nun wirklich zurückzuführen ist, wird im nächsten Schritt terminologisch aufgeführt.

3. Entstehung von ADHS

3.1 Historie

1845 stellte der Nervenarzt Heinrich Hoffmann in seinem Buch „Struwwelpeter“, welches er seinem Sohn zu Weihnachten bastelte und ihm schenkte, das erste Mal die Störung literarisch dar. In diesem Buch wird ein Kind mit auffälligem Verhalten beschrieben. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 48) So heißt es in dem Buch: „Ob der Philipp heute still wohl bei Tische sitzen will?“ (Hoffmann O.J., S.18). Diese Passage deutet auf die motorische Unruhe und die Unaufmerksamkeit des „Zappel-Philipps“ hin. Doch auch in seinen weiteren Geschichten „Hans-Guck-In-Die-Luft“ oder „Bitterböser Friedrich“ werden einige Symptome der ADHS beschrieben, welche mit den heutigen noch übereinstimmen.

1878 vermutete Hermann Emminghaus, dass die Verhaltensauffälligkeit durch eine Vererbung oder Degeneration entsteht. (vgl. Genius Framework , unter: <http://www.hyperaktiv.de/die-geschichte-von-adhs/>)

1908 versuchte Tredgold die Verhaltensauffälligkeiten damit zu erklären, dass bei der Geburt das Kind eventuell an Sauerstoffmangel litt und dies zu Schäden im Gehirn führte, welches die Symptome auslösten.

Allerdings sprach Czerny (ein Berliner Pädiater) davon, dass der Charakter vom Gesundheitszustand und der Erziehung der Eltern abhängig sei, wie sich das Kind später entwickeln würde in seinen Charakterzügen. (vgl. Genius Framework, unter: <http://www.hyperaktiv.de/die-geschichte-von-adhs/>) In den Jahren 1930 bis 1950 erreichten die Forschungen wichtige Informationen über die Funktionen des Gehirns. Die Symptome einer ADHS-Erkrankung wurden somit in Verbindung mit Funktionsstörungen des Gehirns gebracht. Diese beziehen sich auf die Leitsymptome Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität.

1932 wurde der Begriff hyperkinetische Störung von den Ärzten Franz Kramer und Hans Pollnow eingeführt.

1937 bekam die Verhaltensauffälligkeit den Namen ADHS. (vgl. Genius Framework, unter: <http://www.hyperaktiv.de/die-geschichte-von-adhs/>)

In den USA probierte Barkley 1937 erstmals Amphetamine bei Kindern aus, zur Symptom-Eindämmung der diagnostizierten Krankheit ADHS. Doch die Wissenschaft war noch nicht so weit, dass sie erklären konnte, weshalb es zu Erfolgen kam während dieser therapeutischen Maßnahme.

Seit 1960 ging man als einzige mögliche und „richtige“ Annahme davon aus, dass die Eltern mit ihren Erziehungsstilen an der Erkrankung Schuld wären.

Durch die aufgezählten Ereignisse bildete sich die Theorie heraus, dass das Phänomen ADHS eine „Modeerscheinung“ darstellt.

1980 wurde die dritte Auflage des diagnostischen und statistischen Handbuchs für psychische Störungen (DSM-III) herausgegeben, in dem der Begriff ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) eingeführt wurde. (vgl. Genius Framework, unter: <http://www.hyperaktiv.de/die-geschichte-von-adhs/>)

Das DSM-IV kam 1994 heraus und führte die drei Kernsymptome Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität ein.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurde in die Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (nach ICD-10: F90–F98) aufgenommen.

3.2 Ursachen

Die Ursachen sind noch nicht gänzlich erforscht. Man geht aber davon aus, dass eine Hirnschädigung ein Auslöser sein könnte. In der biologisch-medizinisch ausgerichteten Forschung ist die Ursache für ADHS eindeutig eine genetisch bedingte hirnfunktionale Störung. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S.51)

Umweltfaktoren sowie psychosoziale Aspekte, unter anderem Vernachlässigung oder falsche Erziehung, würden die Entstehung der Krankheit beeinflussen.

Jedoch ist diese Erkenntnis noch nicht vollständig belegt, da hierfür noch einige gesicherte Erkenntnisse fehlen würden. Dadurch würde das Umfeld in dem ein Kind aufwächst, sich positiv oder negativ auf die Deutlichkeit der Symptomatik der ADHS auswirken. (Nissen 2007, S.86)

„Die meisten Befunde sprechen dafür, dass die ADHS-Symptomatik durch einen polygenetisch bedingten Dopaminmangel im synaptischen Spalt hervorgerufen wird, der durch die Gabe von stimulierenden Medikamenten wie Methylphenidat ausgeglichen werden kann“ (Petermann/Toussaint 2009, S. 83).

Doch, ob der Dopaminmangel eine wirkliche Ursache für ADHS ist, konnte empirisch noch nicht nachgewiesen werden. Forscher fanden nur heraus, dass bei an ADHS Erkrankten der Dopamin- und Noradrenalin Spiegel niedriger sei als bei „gesunden“ Menschen. Durch diese Mängel werden die Reize nicht richtig verarbeitet und die Kommunikation zwischen den Nervenzellen funktioniert nicht mehr richtig. (Schäfer/Gerber , 2007 , S. 50f.) Dopamin ist im übrigen verantwortlich für die Motivation und Noradrenalin für die Aufmerksamkeit.

Ebenfalls wurde ein Glukosemangel erforscht und festgestellt. Durch den verminderten Glukosegehalt, welcher für die Energieversorgung im Gehirn da ist, wird weniger Energie ausgeschüttet.

Momentan spricht man von drei Hauptauslösern: die genetische Veranlagung, Schwangerschaft- und Geburtskomplikationen und psychosoziale Auslöser.

Wenn angehende Mütter Drogen, Alkohol oder Zigaretten während der Schwangerschaft zu sich nehmen, würde dies sich positiv auf die Entstehung von ADHS beim Kind auswirken. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 53)

So könnte auch die psychische Verfassung der Mutter eine mögliche Rolle bei der Ursache spielen. Nahrungsmittelallergien sollen die Entstehung einer ADHS begünstigen, jedoch ist dies in keiner Weise erforscht. Bei der genetischen Veranlagung stellten Forscher fest, dass Verwandte ersten Grades häufig ebenfalls von ADHS betroffen sind. Ausgehend davon, dass jeder Mensch mit unterschiedlichen Anlagen, Defiziten und Talenten geboren wird, ist doch die Erkenntnis von entscheidender Bedeutung, unter welchen Bedingungen ein Kind aufwächst. Diese Bedingungen beeinflussen, ob angeborene Schwächen verstärkt oder kompensiert werden, ob bestimmte Stärken ausgebaut und weiterentwickelt werden oder sie verkümmern bzw. eine besondere Begabung zum Ausgangspunkt einer Fehlentwicklung wird. Dabei ist zu beachten, dass frühe Bildungserfahrungen einen bedeutenden Einfluss auf die Hirnentwicklung haben. Die Wissenschaft geht davon aus, dass sich bereits während der Schwangerschaft die Mutter-Kind-Bindung ausprägt. Dies gilt insbesondere bei der Geburt eines Kindes. Die besondere Feinfühligkeit der Mutter spielt hierbei eine große Rolle. Macht das Kind immer wieder die Erfahrung, seine Angst durch die Sicherheit und Geborgenheit der Mutter zu überwinden, findet es sein inneres emotionales Gleichgewicht. Diese Erfahrung verankert sich in seinem Gehirn und versetzt es durch seine eigene Leistung in die Lage, seine Angst (mit Hilfe anderer Menschen) zu bewältigen. In der sicheren Bindung zu seiner Mutter kann sich das Kind neuen Erfahrungen durch die Außenwelt zuwenden. Ist die Mutter emotional nicht erreichbar, ist eine solche Erfahrung nur schwer möglich und es folgt die Ausprägung bestimmter Grundmuster des Denken, Fühlen und Handeln in Form von damit verbundenen Verankerungen im kindlichen Gehirn. Die mangelnde emotionale Sicherheit versucht das Kind durch eine verstärkte Selbstbezogenheit auszugleichen. Es schafft sich seine eigene, allein von ihm selbst bestimmte Lebenswelt und schirmt sich gegenüber fremden Einflüssen und Anregungen ab. Möglicherweise liegt hierin der Mangel an Empathiefähigkeit bei Kindern mit ADHS begründet. Das oppositionelle Verhalten des Kindes stellt sich als eine Art „Überlebenstechnik“ dar. Empathie zu empfinden wird daher für diese Kinder schwer möglich.

Findet das Kind jedoch neben der Mutter noch andere Personen, die ihm bei der Überwindung seiner Ängste behilflich sind und ihm das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln (hier käme insbesondere der Vater in Betracht), würden auch deren Grundhaltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten übernommen werden und sich im kindlichen Gehirn verankern. Ein liebevoller, einfühlsamer Vater würde sich positiv auf die Hirnentwicklung des Kindes auswirken. In diesem Zusammenhang lässt sich vielleicht auch erklären, warum Alleinerziehende eine größere Risikogruppe darstellen, ein Kind mit ADHS-Symptomatik zu bekommen. Ein weiterer Aspekt, der die ADHS begünstigen kann, ist die Strukturierung des kindlichen Gehirns, welche durch die Erziehung und die Sozialisation beeinflusst wird. Die Ursachen der ADHS sind sehr komplex. Es ist ein Zusammenspiel von multiplen genetischen Faktoren sowie Umweltfaktoren, die sich in der frühen Entwicklung des Kindes in einer neurobiologischen Anfälligkeit äußern. (Schäfer/Gerber , 2007 , S. 54) Im Säuglings- und Kindesalter können einige Anzeichen auf eine mögliche ADHS hindeuten.

3.3. Symptomatik

Symptome im Säuglings.- bzw. Kindesalter

Für die Eltern ist es oft sehr anstrengend das Baby auszuhalten, wenn es Symptome aufzeigt wie unerklärliches lang andauerndes Schreien, körperliche Unruhe, nicht Essen und Trinken wollen, nicht zum Schlafen kommen, ständiger Wechsel der Laune oder auch Ablehnen des Körperkontaktes. Laut den Leitlinien-Autoren der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.² würden bei 30% der Säuglinge mit diesen Symptomen, die über einen längeren Zeitraum andauern und nicht mit anderen Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen zu erklären sind, eine ADHS festgestellt werden.

² Stollhoff, Kirsten: Leitlinien-Autoren der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V., unter: <http://www.ag-adhs.de/startseite.html>

Im Kleinkindalter weisen Symptome wie geringe Ausdauer beim Spielen, erhöhte Trotzreaktion, mangelnde Akzeptanz von Regeln, unberechenbares Sozialverhalten, keine beständigen Freundschaften, ständiges Aufstehen, ständiges Dazwischenreden und Ärgern anderer Kinder auf eine eventuelle ADHS Erkrankung hin.

Symptome im Jugendalter

Ärzte und Psychologen forschen auch in dieser Entwicklungsphase nach den drei Kernsymptomen und weiteren Symptomen, welche ebenfalls auftreten können, um eine ADHS Diagnose stellen zu können. Zu den drei Kernsymptomen zählen die Unaufmerksamkeit, die Hyperaktivität und die Impulsivität.

Zu den hyperaktiven Anzeichen gehören das Dazwischenreden, starker Bewegungsdrang, kein leises Arbeiten, ständig auf „Achse“ sein müssen, als ob der Betroffene getrieben wäre. (Vgl. Hartung und Fröhlich-Gildhoff , 2007 , S. 117)

Zu der Impulsivität gehören das Herausplatzen von Antworten, bevor der Lehrer die Frage zu Ende gestellt hat, kein Abwarten bis die betroffene Person an der Reihe ist, stört im Unterricht und unterbricht ständig Schüler und Lehrer bei Aktivitäten oder Gesprächen. Insbesondere das Kernsymptom Unaufmerksamkeit kann Aufschluss über eine mögliche ADHS Erkrankung geben.

Im Einzelnen äußert sich die Unaufmerksamkeit durch

- die Schwierigkeit, sich nicht aufmerksam konzentrieren zu können
- leichtes Ablenken von anderen Einflüssen (vgl. Schäfer/Gerber, 2007 , S. 35)
- schnelle und häufige Vergesslichkeit
- nicht richtiges Zuhören
- Nichtbeenden gegebener Aufgaben (vgl. Schäfer/Gerber, 2007 , S. 35)
- ständiges Verlieren bzw. Verlegen von Unterrichtsmaterialien oder andere Sachen
- fehlende Konzentration auf lang andauernde Aufgaben bis hin zur Verweigerung dieser Arbeiten

Symptome im Erwachsenenalter

Die drei Kernsymptome bleiben auch noch im Erwachsenenalter bestehen, nur mit dem Unterschied, dass die Symptome sich dort etwas anders äußern. Während der Hyperaktivität redet auch der Erwachsene sehr viel, findet keine innere Ruhe für sich und hat dadurch häufig Probleme sich zu entspannen, zappelt ständig mit den Händen und Füßen oder anderen Körperteilen sinnlos herum. Bei der Impulsivität kann es sein, dass die betroffene Person sehr schnell wütend wird, da sie leicht reizbar ist, wechselt auf schnellem Wege den Arbeitsplatz, trifft frühzeitige Entscheidungen ohne an die möglichen Folgen zu denken. Zur Unaufmerksamkeit gehören ebenfalls die Schwierigkeiten, sich länger aufmerksam auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Der Betroffene ist leicht ablenkbar und vergesslich. Er plant sich die Zeit nicht richtig ein. Im Erwachsenenalter kann die betroffene Person angegebene Aufgaben nicht vollständig beenden und verliert bzw. verlegt ebenfalls ständig Utensilien oder andere Dinge. Es kann auch vorkommen, dass durch diese genannten Probleme, der Erwachsene (aber auch schon im Jugendalter) zu einigen Substanzen (eventuell Drogen oder Alkohol) greift, um die Symptome, für sich subjektiv, etwas lindern zu können. Jedoch führt dies natürlich zu keiner Problemlösung. Somit sollten sie auf einen Psychiater bzw. Arzt zurückgreifen, falls sie sich noch in keiner Behandlung befinden. Man muss aber dazu sagen, dass beim Auftreten einiger Symptome nicht gleich von einer ADHS Erkrankung auszugehen ist. Jedes Kind hat einen natürlichen Bewegungsdrang, vor allem wenn es still im Unterricht sitzen und aufpassen muss. Bei Erwachsenen kann es vorkommen, dass sie in Stresssituationen unkonzentriert sind oder eine innere Unruhe fühlen, was völlig normal ist. Die Symptome müssen vom Kindes- bis hin zum Erwachsenenalter und in verschiedenen Lebensbereichen über einen längeren Zeitraum Bestand haben. Ebenfalls bemerkt man die veränderten Charakterzüge bei Kindern gut, wenn sie in den Kindergarten bzw. in die Schule kommen, da sich dort die Leistungsschiene erhöht und sie mehr unter hohe Anforderungen gesetzt werden. Erst dann kann man von einer eventuellen ADHS Erkrankung ausgehen.

3.4 Diagnostik

Bei Verdacht auf ADHS sollte eine gründliche Abklärung bei einem Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater, der spezialisiert ist auf Diagnose und Behandlung von ADHS, erfolgen. (vgl. Schäfer/Gerber, 2007 , S. 17) Der Arzt kann mit verschiedenen Untersuchungs- und Testverfahren, sowie Fragebögen (Vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 62) diagnostizieren. (siehe Anlage 1 , S. 38) Zu den wichtigen Bausteinen der Diagnose zählen die ausführliche Aufklärung der Eltern, die körperliche Untersuchung, unter anderem auch die neurologische Untersuchung der Fein- und Grobmotorik, der Bewegungskoordination sowie der Sinnesorgane (beispielsweise Testen der Sehstärke oder des Hörvermögens). (Vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 61) Desweiteren zählen Begabungsuntersuchungen, Tests zur Aufmerksamkeit und die Überprüfung der schulischen Fähigkeiten (wie Lesen, Schreiben und Rechnen) dazu. Hierbei wird das Umfeld Schule hinzugezogen. Das nähere Umfeld wie Eltern, Lehrer, Erzieher oder Freunde, werden darum gebeten, das Verhalten zu beobachten, zu dokumentieren und eventuell Videoaufzeichnungen zu tätigen. Weitere Untersuchungen können sein, die Messung der Hirnströme und der Herztätigkeit. Wichtig ist es, dass begleitende Probleme wie Störungen des Sozialverhaltens, Lernschwierigkeiten oder depressive Verstimmungen frühzeitig erkannt werden, um sie dann gesondert behandeln zu können und bleibende Schäden zu vermeiden. Diese Begleiterscheinungen wären auch mögliche Ursachen, die die Verhaltensauffälligkeiten hervorrufen. Solche Krankheitsbilder sollten vorab ausgeschlossen werden, da sie ähnliche Symptome wie bei einer ADHS Erkrankung aufweisen können. Die Diagnose erfordert bestimmte Kriterien nach den Klassifikationssystemen ICD-10³ und dem DSM-IV-TR⁴ (vgl. Schäfer/Gerber, 2007 , S. 21), die zu einer unterschiedlichen Prävalenz der ADHS im Kontext mit den einzelnen Regionen, führen.(siehe Anlage 2, S. 39)

3 ICD="International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" Es handelt sich um die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – eine amtliche Diagnosenklassifikation.

4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Manual psychiatrischer Störungen

In der *ICD-10* gibt es vier verschiedene Codierungen.

Dazu zählen im Einzelnen:

- F 90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F 90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F 90.8 sonstige hyperkinetische Störungen
- F 90.9 hyperkinetische Störungen, nicht näher bezeichnet.

Die ADHS wird unter F 90.- hyperkinetische Störungen eingeordnet.

Früher Beginn, überaktives und/oder wenig moduliertes Verhalten, deutliche Unaufmerksamkeit, Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen und situationsabhängige, zeitstabile Verhaltenscharakteristika gehören zu den Eigenschaften dieser Gruppe von Störungen. (vgl. Hartung und Fröhlich-Gildhoff , 2007, S. 117)

Das Stellen der Diagnose ADHS stellt sich sehr schwierig dar und ist ziemlich umstritten. Denn schon seitdem die Krankheit bekannt ist, werden teilweise Kinder behandelt, welche nur die geringsten Störungen in der Kommunikation oder im Verhalten aufweisen.

Voraussetzung für die Diagnose ist, dass die Symptome bzw. Auffälligkeiten über einen längeren Zeitraum von mindestens 6 Monaten und in verschiedenen Bereichen wie Kindergarten/Schule, in der Freizeit oder Familie auftreten müssen. Die Verhaltensprobleme sollen vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben.

Die Symptome fallen besonders auf, wenn das Kind die Aktivitäten häufig wechselt und schnell ablenkbar ist während es sich mit einer Sache beschäftigt. Das Kind verliert schnell das Interesse an Dingen, welches auf eine beeinträchtigte Aufmerksamkeit verweist. Wenn das Kind ständig herumläuft, springt oder vom Platz aufsteht, weil es nicht still sitzen kann in Ruhe-Situationen, könnte man von einer Hyperaktivität ausgehen. Aber auch Distanzlosigkeit, Unterschätzung von Gefahrensituationen und impulsive Regelmisachtung können mögliche Anzeichen sein. In der DSM-IV-TR werden drei Subtypen unterschieden: der Mischtypus, der vorwiegend unaufmerksame Typus und der hyperaktive-impulsive Typus. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 22)

Bei dem Mischtypus müssen mindestens sechs Symptome der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität bzw. Impulsivität in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein. Der vorwiegend unaufmerksame Typ kennzeichnet sich durch mindestens sechs Symptome der Unaufmerksamkeit, aber weniger als sechs Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität in den letzten sechs Monaten. Der dritte Typ, vorwiegend hyperaktiv und impulsiv, kennzeichnet sich durch weniger als sechs Symptome der Unaufmerksamkeit und mehr als sechs Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität.

Zu den Symptomen von Unaufmerksamkeit zählen: (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 23)

- viele Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten
- keine Beachtung von Einzelheiten bei Aufgaben
- schneller Verlust des Interesses an Aufgaben bzw. Spielen
- ständiges „Nicht-Zuhören“
- keine vollständige Aufgabenerledigung
- Organisationsmangel an Aufgaben oder Aktivitäten
- schneller Konzentrationsverlust bei länger andauernden Aufgaben
- häufiger Verlust von Gegenständen (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenheft, Bücher)
- leichte Ablenkung durch äußere Reize
- Vergesslichkeit bei alltäglichen Aufgaben

Zu den Symptomen von Hyperaktivität und Impulsivität gehören: (vgl. Schäfer/Gerber, 2007 S. 24f.)

- keine stille Körperhaltung (ständiges Zappeln mit Händen und Füßen)
- unruhiges Sitzen bzw. ständiges Aufstehen
- ständiges Herumlaufen bzw. Klettern
- kein ruhiges Beschäftigen mit Spielzeug oder anderen Dingen
- übermäßig vieles reden

- unruhiges Hin- und Herbewegen, als wäre die Person „getrieben“
- Vorsagen von Antworten z.B. im Unterricht, bevor die Frage überhaupt zu Ende gestellt wurde
- sehr ungeduldig (es fällt der Person schwer zu warten bis es dran ist)
- Unterbrechung oder Störung anderer Mitmenschen, z.B. Reinreden in Gespräche oder Spielen)

Die vorherigen Ausführungen verdeutlichen, dass sich ADHS nicht so leicht diagnostizieren lässt. Denn nicht alle Kinder die etwas „aufgedrehter“ und aktiver sind, weisen eine Krankheit auf. Manche Kinder verhalten sich zum Beispiel in Anwesenheit der Großeltern anders, als sie es zuhause bei den Eltern zeigen. Genauso gut kann das Verhalten des Kindes auch einfach nur sein eigenes persönliches Temperament sein und nur aufgrund dieses Persönlichkeitsmerkmals ist nicht gleich von einer Hyperaktivität oder gar ADHS Erkrankung auszugehen.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl an Diagnosen mit verabreichten Stimulanzien gestiegen, welches nach Ansicht der Wissenschaftler ein Resultat von Diagnosepraxen sei. Oftmals reicht eine Symptombeschreibung aus, um Bewegungsunruhen mit ADHS gleichzusetzen. Brunchmüller und Schneider(2012) konnten durch eine Studie, in der Kinder- und Jugendtherapeuten sowie -psychiater befragt wurden, feststellen, dass die ADHS Erkrankung zu oft diagnostiziert wurde. Es ist davon auszugehen, dass einige Ärzte fälschlicherweise ADHS als Diagnose stellten.

Doch wie geht man weiter vor, wenn das Krankheitsbild ADHS diagnostiziert wurde?

4. Therapiemöglichkeiten

Wenn ADHS diagnostiziert wurde, werden vom behandelnden Arzt verschiedene Therapiemöglichkeiten, individuell auf die betroffene Person mit ihrer Symptomatik sowie ihrer Lebenssituation abgestimmt, erarbeitet. In den letzten Jahren haben sich die Behandlungsmöglichkeiten von ADHS deutlich verbessert.

Die multimodale Therapie setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen wie zum Beispiel Elterntraining, Intervention im Kindergarten/ in der Schule, kognitive Therapien oder die medikamentöse Behandlung.

Je nach dem Alter und der Lebenssituation des Kindes werden verschiedene Behandlungsbausteine kombiniert.

Für die Therapie sind drei Säulen wichtig:

- die Psychoedukation
- die Psychotherapie
- die medikamentöse Therapie

Durch diese Säulen sollen die Symptome gelindert, die Entwicklung normalisiert sowie die zwischenmenschlichen Beziehungen zum Beispiel zu den Eltern verbessert werden. Aber auch das Selbstwertgefühl soll erarbeitet und stabilisiert werden. Die Therapie soll unterstützend auf den weiteren schulischen und beruflichen Werdegang des Kindes einwirken.

Die Psychoedukation

Dieser Punkt umfasst die Aufklärung der Eltern über die Erkrankung. Es soll gemeinsam mit den Eltern und dem weiteren Umfeld des Betroffenen ein strukturierter Alltag entworfen und umgesetzt werden. Ebenfalls werden eventuelle Heilpädagogen oder andere Hilfseinrichtungen hinzugezogen, zum Beispiel wenn das Kind an einer Lese-Rechtschreibe-Schwäche leidet. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 59)

Die Psychotherapie

Sie wird vor allem dann genutzt, wenn das Kind bzw. die betroffene Person an Depressionen, Angststörungen oder Anpassungsstörungen leidet.

Am Anfang der Therapie wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der auf das Kind mit seinen Problemen und Bedürfnissen, abgestimmt ist.

Die Verhaltenstherapie steht hierbei an erster Stelle. Sie dient dazu die Konzentration und Lernfähigkeit des Kindes zu verbessern, die Impulsivität und Hyperaktivität unter Kontrolle zu bekommen und die soziale Kompetenz zu verbessern. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 89) Während dieser Therapie werden Kontingenz- bzw. Verstärkerprogramme eingesetzt, bei denen die Kinder systematisch gelobt bzw. belohnt werden. Unter Kontingenz versteht man in diesem Zusammenhang die unmittelbare und regelmäßige Konsequenz auf ein bestimmtes Verhalten. Ziel ist es, die Konzentrationsfähigkeit, ruhiges Verhalten oder aufgabenbezogenes Arbeiten intensiv zu fördern. Mit dem Kind werden zusammen feste Regeln und Konsequenzen für den Bruch der Regeln festgelegt. Gleichmäßige Routine und Regeln im Alltag sollen den Kindern helfen, mit der Reizüberflutung zurecht zu kommen. Weitere derzeit bekannte nichtmedikamentöse Therapien finden weniger Beachtung, obwohl bei deren Anwendung ebenfalls nicht unbedingt die Gabe eines Medikamentes notwendig ist. Nach einer Metastudie der europäischen ADHS-Leitliniengruppe, welche im American Journal of Psychiatry erschienen ist, hat sich herausgestellt, dass jedoch nur bei zwei von sechs nichtmedikamentösen Therapien eine Wirkung auf die Hauptsymptome Impulsivität, schlechte Aufmerksamkeit und motorische Unruhe erzielt wurde. In 54 Studien mit fast 3000 Patienten wurden drei auf Ernährung basierende Therapien überprüft. Im Einzelnen waren dies: der Verzicht auf künstliche Lebensmittelfarben, eine Erhöhung der Aufnahme von Omega 3-Fettsäuren oder eine spezielle Diät, bei der ADHS Erkrankte auf für sie nachweislich unverträgliche Lebensmittel verzichteten. Fester Bestandteil jeder Therapie war dabei das kognitive Training, die Verhaltenstherapie und das Neurofeedback.

Unter Neurofeedback⁵ versteht man, eine computergestützte Trainingsmethode, bei der dem ADHS Erkrankten ausgewählte Parameter der eigenen Gehirnaktivität, über die man für gewöhnlich keine Wahrnehmung hat, wahrnehmbar gemacht werden. Dafür bekommt das Gehirn über Monitor und Lautsprecher gespiegelt, was es gerade tut (Feedback). Durch diese Rückmeldung lernen die Betroffenen ihre Gehirnaktivität selbst besser zu regulieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Verhaltensstörungen auf eine Fehlregulierung der Gehirnaktivität zurückzuführen sind. Mit Neurofeedback können die Betroffenen lernen, diese Fehlregulationen besser auszugleichen und zu mehr Funktionsfähigkeit zu finden. Ein Beispiel für die Selbstregulation in Bezug auf die Aufmerksamkeit wäre, dass mit Hilfe eines EEGs Phasen der Unaufmerksamkeit sofort aufgespürt und zurückgemeldet werden können. Dies ist bis zu zweitausend Mal in einer Neurofeedback-Trainingsitzung möglich. Ziel des Neurofeedback-Trainings ist, dass das Gehirn lernt, einen angemessenen Zustand einzunehmen und diesen auch halten zu können (Verbesserung der Selbstregulierungsfähigkeit des Gehirns). Da der Mensch die meisten Funktionen seines Körpers und Geistes nicht direkt wahrnehmen kann und auch nicht bewusst beeinflussen kann, werden sie quasi automatisch gesteuert. Fällt eine solche Funktion teilweise oder ganz aus, gibt es auch keine Möglichkeit, diese zu trainieren, weil kein direkter Einfluss vorhanden ist. In diesem Fall kommt das "Bio-Feedback" zur Anwendung. Mit Biofeedback erfolgt eine Messung der zu trainierenden Größe mit geeigneten Geräten und eine „Sichtbarmachung“ für die zur Verfügung stehenden Sinne. Dazu verwendet man optische oder akustische Feedbacksignale, dass gleiche gilt für unser Gehirn und heißt dort Neurofeedback. Keine der vielen Funktionen sind wirklich direkt für den Menschen spürbar oder beeinflussbar. So ist z.B. eine Depression vorhanden oder nicht, jedoch ist es nicht möglich, diese direkt zu beeinflussen. Eine sehr direkte und gleichzeitig sehr einfache Methode, etwas über die Vorgänge im Gehirn zu erfahren, ist die Messung der Gehirnströme, des EEG (ElektroEnzephaloGramm).

5 SPIEGEL ONLINE GmbH , unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/neurofeedback-bei-adhs-hirntraining-gegen-das-chaos-im-kopf-a-1024715.html>

Man erhält ausreichende Informationen, um das Gehirn oder Teile davon in einen Biofeedback-Kreislauf zu bringen und zu trainieren. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass das EEG-Biofeedback bei einer ADHS Erkrankung hilfreich sein kann. Die Betroffenen lernen, mithilfe von Elektroden, die an der Kopfhaut befestigt sind, ihre Gehirnaktivität gezielt zu steuern. Dadurch lässt sich zum Beispiel Aufmerksamkeit oder die Kontrolle von Impulsen trainieren. EEG-Biofeedback kommt bei einer ADHS Erkrankung immer häufiger vor der Gabe von Medikamenten zum Einsatz. Voraussetzung ist jedoch, dass der Erkrankte die Motivation für eine Behandlung mitbringt. Die Wirksamkeit dieser Methode ist noch nicht ausreichend durch entsprechende Studien belegt. Auch fehlen noch fundierte Kenntnisse darüber, bei welchen Kindern oder Jugendlichen sie hilfreich ist. Alternative Therapien wie homöopathische Arzneimittel oder Ergotherapie führen beim heutigen Stand der Forschungen nicht nachweislich zu einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik.

Es wird angenommen, dass die geringe Zahl von Studien zur Thematik bedingt sei, durch das Desinteresse der Pharmaka-Industrie, Untersuchungen über nichtmedikamentöse Therapien zu finanzieren. Dem steht gegenüber, dass Eltern jedoch ein Interesse daran haben, ihren Kindern nicht sofort Medikamente zu geben.

Die medikamentöse Behandlung

Bevor man sich für eine medikamentöse Therapie entscheidet, sollte man schauen, ob wirklich keine weitere nichtmedikamentöse Behandlung hilft. Außerdem sollte man sich auch mit den Nebenwirkungen der Medikamente befassen und sich im Klaren sein, dass die Medikamente nicht dafür da sind, die Symptome der erkrankten Person zu heilen sondern lediglich die Symptome zu lindern. Der Einsatz von Medikamenten sollte erst dann stattfinden, wenn die anderen Therapien nur wenig bis keinen Erfolg zeigen. (Schäfer/Gerber , 2007 , S. 96)

Falls die Symptome innerhalb einiger Monate nicht reduziert worden sind durch nichtmedikamentöse Behandlungen und die Entwicklung des Kindes eventuell gefährdet ist, wird die Medikamenteneinnahme empfohlen.

Allerdings sollte allen Beteiligten klar sein, dass die Medikament-Behandlung nicht ausreichend ist als Therapie. Somit muss die medikamentöse Therapie unterstützt werden durch Psycho- und Verhaltenstherapie. In den letzten Jahren wurden verschiedene Stimulanzien zur Therapiebehandlung für ADHS genutzt. Besonders bei Kindern wirken diese Medikamente beruhigend und betäubend. Jedoch werden die Ursachen, warum das Kind ADHS hat und die damit verbundenen Probleme im Leben des Erkrankten überhaupt nicht beachtet. Die medikamentöse Therapie wird nur dann angewandt, wenn sich keine Verbesserungen zeigen bzw. schulische Leistungen weiter abfallen oder Probleme sich im sozialen, besonders im familiären Bereich, nicht verbessern. Vor allem Amphetamine, wie das Ritalin, werden besonders häufig, mit regionalen Unterschieden, eingesetzt. (siehe Anlage 3, S. 40) Der Wirkstoff dieser Substanz heißt Methylphenidat. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 98) Bereits 1944 wurde dieser Wirkstoff entdeckt und fand seit 1954 seine Verwendung. Damals wurde es unter anderem zur Gewichtsreduzierung eingesetzt, da es den Appetit hemmt und ein Völlegefühl hervorruft. 1971 wurde es das erste Mal bei ADHS Patienten genutzt, war aber erst 1997 zugelassen worden. Ritalin ist ein Aufputschmittel und wurde damals unter den Drogenabhängigen als die Alternative zu der Droge „Speed“ illegal gehandelt. Durch die richtige Dosierung wirken die Präparate so, dass sie für vier Stunden die Symptome eindämmen und das Kind die Welt „klarer“ und besser wahrnimmt. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 98)

Doch wie gefährlich sind nun die stimulierenden Medikamente, denen Kindern bei der sogenannten ADHS-Krankheit verschrieben werden?

Kritik an der medikamentösen Behandlung und die Stimulanzie Ritalin

Zu den häufigsten Nebenwirkungen der Medikamente zählen Völlegefühl, Schlaflosigkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, eventueller Stimmungswechsel, Anstieg des Blutdruckes und der Herzfrequenz. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 99f.)

Kritiker befürchten, dass die Wirkstoffe die Gehirnentwicklung der Kinder beeinträchtigt. Ebenfalls deuteten frühe Studien darauf hin, dass die Medikamente süchtig machen könnten und die Kinder somit später anfälliger für eine Kokainsucht sind bzw. Wachstumsstörungen haben. So spricht man beim Ritalin von „Kindern auf Kokain“, da das Ritalin bei Überdosierung Nebenwirkungen erscheinen lässt, die bei der Einnahme von Kokain auftreten.

Durch die viel zu schnell vergebene Diagnose ADHS und die damit verbundene Ritalinverschreibung wird nur das Verhalten korrigiert. Das eigentliche Problem, welches sich auf psychologischer Basis befinden könnte, bleibt jedoch weiter bestehen. Denn das Ritalin lindert nur die Symptome. Sobald das Medikament wieder abgesetzt wird, ist das Verhalten wie vorher.

Der gesellschaftliche und politische Umgang mit Kindern und Kindheit wird zunehmend medikalisiert. Laut der KIGGS-Studie werden ca. 7,9% der Psychopharmaka an unter 18- Jährige verabreicht. Besonders das Ritalin mit dem Wirkstoff Methylphenidat hat einen enormen Verbraucheranstieg. Im Jahre 1993 waren es noch ca. 34 Kilogramm und 2009 dann 1735 Kilogramm.⁶ Zwischen den Jahren 2012 und 2013 gab es einen Verschreibungsanstieg des Methylphenidats von ca. 70% laut eines Berichtes des UNO-Drogenkontrollrats (INCB). Die hohe Prozentzahl könnte auf mangelnde Verschreibungsrichtlinien zurückführen. Somit kann man sagen, dass in den letzten Jahrzehnten ein kontinuierlicher Anstieg der Gabe von Medikamenten erfolgte. Durch diesen regelrechten „Verkauf“ an Medikamenten jedes Jahr macht die Pharmaka-Industrie horrenden Gewinne. Es wird als leichter empfunden, das Kind in eine psychologische Therapie zu geben anstatt die sozialen Probleme zu beseitigen beispielsweise beim Leistungsdruck, die Bildungseinrichtungen zu verändern oder den Lehrplan.

⁶ Laut den Berechnungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte

Durch die Medikalisierung wird den Erkrankten eine scheinbare Problemlösung angeboten, die sie im Glauben lässt, dass durch Medikamentengabe beispielsweise schulische Leistungen erhöht werden, ohne an sich selbst zu arbeiten beziehungsweise herauszufinden, wo das eigentliche Problem liegen könnte. Die hohe Zahl an Diagnosestellungen der ADHS ist gegenüber den letzten Jahren deutlich gestiegen. Durch die Zunahme des schulischen Leistungsdruckes und die Kenntnis über die „erfolgreichen, problemlösenden“ Medikamente wird die Hemmschwelle zur Gabe von Medikamenten bei Kindern immer niedriger.

5. Folgen nicht behandelter/behandelter ADHS

ADHS kann die Kinder auf ihrem Lebensweg zum Erwachsenwerden in vielen Lebensbereichen beeinträchtigen. Die Intensität der Beeinträchtigung hängt davon ab, ob eine Behandlung eingeleitet wird bzw. wie früh sich Folgen daraus ableiten. So kommt es häufig zu Beziehungsproblemen im sozialen Umfeld des Kindes. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 43) Bei einer nicht behandelten ADHS können die negativen Auswirkungen auf das weitere Leben immens sein. Vor allem Beziehungsprobleme werden auftauchen, ob innerfamiliär oder im näheren Umfeld, da die Betroffenen meist eine sehr anstrengende Art haben und die meisten nicht damit umzugehen wissen. Es kommt zur Ausgrenzung des Kindes und damit zu einem niedrigen Selbstwertgefühl. Es fühlt sich nicht geliebt oder gebraucht. Durch das fehlende Selbstvertrauen kann es oft vorkommen, dass im Verlauf der ADHS weitere psychische Störungen auftreten. Das „getriebene“ Kind ist immer unterwegs und braucht den „Kick“ um das Gehirn zu belohnen, was dazu führen kann, dass es ein erhöhtes Unfallrisiko mit sich trägt beispielsweise im Sportunterricht. Aber auch zu frühe Schwangerschaften bei Mädchen können die Folge sein, da sie nicht „vorsichtig“ genug sind. Weitere negative Auswirkungen nicht behandelter ADHS können auftreten wie z.B. erhöhte Suchtgefahr, Depressionen, keinen Schulabschluss.

Kinder mit der Erkrankung können auch aggressive Störungen, Angststörungen sowie sogenannte Tics (ständiges Muskelzucken, Zucken des Augenlids) entwickeln. (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 99) Letztendlich führt eine nicht behandelte ADHS-Erkrankung mit der Zeit dazu, dass die Kinder sich ausgegrenzt, andersartig, ausgeschlossen und nicht geliebt fühlen. In den vorherigen Ausführungen wurde die ADHS Erkrankung mit ihren Ursachen, Therapiemöglichkeiten und Folgen sowie Auswirkungen bei Nichtbehandlung intensiv betrachtet. Doch wie wirkt sich die ADHS auf die Entwicklung des Kindes aus und wie könnte man einer ADHS vorbeugen?

6. ADHS im Kindesalter

Verständlicherweise haben hyperaktive Kinder in der Schule meistens große Probleme, da der geregelte Stundenplan von ihnen ein angepasstes Verhalten erwartet. Im Unterricht herumzulaufen oder ständig mit den Nachbarn zu reden wird früher oder später unangenehm auffallen. Leider treten oft auch vermehrt Konflikte mit anderen Kindern auf, emotionale Instabilität und explodierendes, impulsives Verhalten erschweren die sozialen Kontakte. Das „verträumte“ ADHS-Schulkind ist hingegen kaum in der Lage, dem Unterricht über einen längeren Zeitraum zu folgen. Jedes Geräusch, jede Bewegung im Klassenraum wirkt ablenkend, Hausaufgaben dauern stundenlang und die Kinder entgleiten immer wieder in ihre Fantasiewelt. Verheerende Wutausbrüche bei kleinsten Enttäuschungen kennen die betroffenen Eltern nur allzu gut. Chaotische Dauerunordnung im Kinderzimmer, unregelmäßige Essgewohnheiten, tägliche Kleinkriege bei den Hausaufgaben (vgl. Schäfer/Gerber , 2007 , S. 45) und ein ungewöhnliches Schlafverhalten kennzeichnen unter anderem den Lebensstil dieser Kinder. Gerade in der Schule ist es wichtig, diesen Kindern mit Verständnis und Sensibilität zu begegnen. Es gibt viele Möglichkeiten für Lehrer sowie betroffene Kinder die Teilnahme am Unterricht zu erleichtern.

Wie bereits vorab dargelegt, spielt das soziale Umfeld eines Kindes eine große Rolle bei der Entstehung einer ADHS Erkrankung. Ist die These richtig, dass „Kinder aus armen Familien, mehr von ADHS betroffen sind.“

Es gibt in jeder Gesellschaft soziale Ungleichheiten, vor allem in der Kindheit, die es gilt aufzuspüren und zu überwinden. Die Entstehung von sozialen Ungleichheiten ist abhängig von den jeweils vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen. Kindheit kann milieuspezifisch unterschieden werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die ein Kind umgebende Sozialstruktur gelegt werden. Aus empirischen Erhebungen wurden zwei Kategorien von Kindheitsmustern ersichtlich. Die erste Kategorie umfasst das Aufwachsen von Kindern in Milieus mit geringeren zur Verfügung stehenden materiellen und ideellen Werten (Kapitalien). Es wurde herausgearbeitet, dass diese Kinder sich häufiger im freien und selbstbestimmten Spiel beschäftigen. Sie messen den Schulnoten eine größere Bedeutung bei und haben Angst Fehler zu machen. Aufgrund größerer Schwierigkeiten bei der Stoffbewältigung in der Schule müssen sie mehr lernen als andere Kinder. Die finanzielle Lage ist zumeist der ursächliche Auslöser für Stress innerhalb der Familie. Im Gegensatz zu der Mittelschicht erleben die Kinder weniger gemeinsame familiäre Unternehmungen in der Freizeit. Diese Kinder verbringen meist doppelt so viel Zeit auf Spielplätzen wie gleichaltrige Kinder der Mittelschicht. Alleiniges Fernsehen und körperliche Züchtigungen sind bei diesen Kindern häufiger anzutreffen. Sie äußerten sich in Bezug auf die elterliche Zuwendung weniger zufrieden. Sie wachsen mehr oder weniger von alleine auf. Die Kommunikation innerhalb ihrer Familien wird von einem größeren Anteil an An- und Zurechtweisungen bestimmt. Für Kinder aus einem Milieu mit umfangreichem Kapitalien trifft dies nicht zu. Ihre Freizeit sieht zumeist strukturierter und organisierter aus. Sie erhalten häufiger außerschulischen Unterricht z.B. in Form von Nachhilfeunterricht durch Fachkräfte und haben dadurch Vorteile in der Schule. In diesen Familien ist Geld weniger der Stressauslöser, sondern eher der Zeitdruck und eventuelle hohe schulische Erwartungen.

Die Kinder aus der sogenannten „Mittelschicht“ haben häufiger gemeinsame Freizeitgestaltungen mit der Familie, als Kinder aus einem Milieu mit geringeren materiellen und ideellen Werten (Kapitalien). Sie sind jedoch seltener auf Spielplätzen anzutreffen, schauen seltener allein fern und werden auch seltener durch körperliche Züchtigung bestraft. Die Kinder der Mittelschicht sind mit der elterlichen Zuwendung zufrieden. Sie erfahren meist mehr Lob, Ermutigung und Unterstützung von ihren Eltern und fühlen sich bei dieser Art von Kommunikation innerhalb der Familie gut aufgehoben. Nachvollziehbar ist somit, dass eine bestimmte Milieuzugehörigkeit die Anschlussfähigkeit an ein bestehendes Schulsystem beeinflussen kann. Die soziale Lage hat bestimmte Auswirkungen auf den Lebensweg der Kinder. Wird ein Kind in eine Familie mit wenig Geld hineingeboren und durch mangelnde Erfahrung an Erziehung seitens der Eltern führt dies zur Überforderung der Eltern und des Kindes. Zumeist treten die Eltern den Rückzug an, indem sie ihr Kind nicht in den Kindergarten bringen. Somit werden bereits im frühen Kindesalter die Bildungschancen beeinträchtigt. Es kommt zu Funktionsstörungen, fehlenden Sprachkompetenzen oder Schwierigkeiten bei der Konzentrationsfähigkeit. Aus empirischen Studien geht hervor, dass ca. 17 % dieser Kinder bei der Einschulung Sprachstörungen aufweisen, während dies bei höheren sozialen Schichten nur ca. 4% betrifft. Ca.14% aus dem Milieu mit geringeren materiellen und ideellen Kapitalien haben eine Beeinträchtigung in der geistigen Entwicklung, dagegen nur ca. 1% aus der Mittelschicht.⁷ Die Folge ist zumeist ein niedriger Schulerfolg. Durch die niedrigen Chancen für einen guten Schulabschluss kommt es zu einem minimalen bis keinem Einstieg in die Berufswelt. Die Resilienzforschung (Forschung nach der Widerstandsfähigkeit der Seele, seelischen Schutzfaktoren) hat gezeigt, dass verschiedene Fähigkeiten wie beispielsweise ein positives Selbstkonzept, die Entwicklung des Kindes trotz eventueller negativer Lebensumstände positiv beeinflussen können. Für Kleinkinder sind Bindung und Selbstständigkeit zentrale Entwicklungsthemen.

⁷ Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt. -Landesgesundheitsamt, Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2001

Eine sichere Bindung entwickelt sich, wenn Kinder immer wieder die Erfahrung machen, sich emotional auf ihre Bezugspersonen verlassen zu können. Laut zahlreichen Studien ist eine wechselseitige Verfügbarkeit zwischen Eltern und Kind für die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern von zentraler Bedeutung. (vgl. Hintermair 2009). Für das Kindergartenalter sind Themen wie Bewegung, Sprache und die soziale Kompetenz wichtig. Alles, was die Kinder in diesen Themenbereichen erlernen, werden sie später genau so oder vielleicht etwas abgeändert weiterführen auf ihrem Lebensweg. Der Eintritt in den Kindergarten stellt eine neue Lebenswelt und somit eine Herausforderung für die Kleinsten dar. Sie müssen das Zusammenleben mit anderen Kindern lernen, auch wenn es nur für ein paar Stunden ist. Sie müssen lernen sich äußern zu können, selbstständiger zu werden und Freunde zu finden. In dieser Zeit muss das Kind den Übergang vom Gewohnten zum Fremden bewältigen. Mit dem Kindergartenalter treten am häufigsten Symptome wie motorische Unruhe und extremer Bewegungsdrang auf. (Nissen, 2004) Bei Vorschulkindern soll die Diagnose nur bei sehr starker Ausprägung gestellt werden, da die Kinder in dem Alter noch sehr aktiv sind und dies sich schwer von der Hyperaktivität unterscheiden lässt. Besonders in unstrukturierten Situationen treten die Symptome der ADHS auf, wenn die Kinder beispielsweise wie „wild durch den Raum rennen“. (Nissen, 2004) Diese Unruhe kann daraufhin deuten, dass die Kinder später in der Schule Schwierigkeiten haben können, sich anzupassen. Nach der Kindergartenzeit beginnt mit dem Eintritt in die Schule ein neuer Lebensabschnitt für Kinder. Dort, wo die erstmalige Identifizierung des Geschlechtes stattfindet, warten hohe schulische Anforderungen auf sie, die für manche deutliche Schwierigkeiten darstellen. Besonders in der Schule kommen immer mehr psychische Störungen zum Vorschein, da die Symptome sich erst im Schulalltag richtig äußern. Betroffene Kinder von ADHS im Alter von 6 Jahren sind meistens noch nicht schulreif. So fällt der lehrenden Person zumeist schon am Beginn des Schuljahres auf, dass das Kind ziemlich ungeschickt den Stift hält, keine Ordnung auf dem Tisch hat oder zappelig auf seinem Stuhl sitzt.

Außerdem nehmen die Symptome zu, wenn sie hohen Anforderungen ausgesetzt sind, welche sie vorher in dieser Form nicht kannten und dadurch nicht wissen, wie sie mit dieser Konfrontation umgehen sollen. Durch den immensen Druck in der Schule wird schnell erkennbar, dass diese Kinder Störungen von Beziehungen zu Gleichaltrigen haben, oft stehlen, lügen oder zu Wutausbrüchen neigen. Umso höher steigt die Aggressivität und die Unlust zur Schule zu gehen, was im weiteren Verlauf des Lebens zu argen Problemen für das Kind führen kann. Im Unterricht lassen die Kinder sich sehr leicht und schnell ablenken, was zu Lernstörungen und Misserfolgen führt. Die Resultate dafür sind Klassenwiederholungen, Schulverweise, Klassen- bzw. Schulwechsel auf eine Förderschule. Somit kann es schon im Grundschulalter dazu führen, dass die Kinder dem Kinderarzt bzw. einer Kinderpsychiatrie vorgestellt werden und die Diagnose ADHS gestellt wird. Die genetische Ausstattung hat sich in den letzten Jahrtausenden nicht grundlegend verändert. Jedoch beeinflussen die veränderten Umweltanforderungen und der enorm erhöhte Reizeinfluss in hohem Maße Aufmerksamkeitsprobleme eines Kindes.

Ein kurzes Beispiel dazu wäre:

„Ein Kind geht nach Schulschluss nach Hause. Es legt seine Schultasche irgendwo ab. Der Familienhund kommt bellend angelaufen und springt ihn an. Das Kind geht an der geöffneten Kinderzimmertür seines Bruders vorbei, der gerade mit einem neuen Spielzeug beschäftigt ist. Gleichzeitig hört es Fernsehgeräusche aus dem Wohnzimmer.“ Durch die vielen kurz aufeinanderfolgenden Wahrnehmungen sind manche Kinder nicht in der Lage, diese Reize zu sortieren und für sich zu entscheiden, was wichtiger ist und was von geringer Bedeutung ist. Hier wäre zu hinterfragen, wann diese enorme Ablenkbarkeit zu einer Belastung für das Kind wird. Diese Frage ist abhängig von dem familiären Umfeld des Kindes, aber auch dem Umfeld im Kindergarten oder in der Schule. Bei ADHS handelt es sich also nicht nur um die Defizite des Kindes, sondern wie es aufwächst und unter welchen Bedingungen. Jedoch bedeutet dies nicht, dass Eltern mit ihrer „falschen“ Erziehung die alleinige Verantwortung für das Verhalten eines an ADHS erkrankten Kindes tragen.

Eltern sollten bedenken, dass eine enorme Reizüberflutung sich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken kann. Ein Beispiel dafür wäre, wenn Eltern ständig mit immer wieder wechselnden Beruhigungstaktiken versuchen, ihren schreienden Säugling zu besänftigen, da sie sonst das Gefühl haben, ihren Nachwuchs vermeintlich zu schaden. Es kann dazu führen, dass das Kind immer mehr Reize wahrnimmt, um stimuliert zu werden.

Wie sieht nun die „gesunde“ Entwicklung eines Kindes aus?

Zunächst soll geklärt werden, was die Begriffe „gesund“ und Entwicklung bedeuten. Der vorherrschende Gesundheitsbegriff beschreibt das gute Funktionieren einer sehr komplizierten Maschine. Es fehlt der Medizin eine Definition des erlebenden Körpers. Das Menschenbild der Medizin ist technokratisch. Der biotechnisch nicht fassbare Inhalt geht verloren, um den kümmern sich die meisten Mediziner nicht. Demzufolge ist Gesundheit die Befähigung zur Stärkung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens in jeder Lebenslage und jeder Umgebung. Sie umfasst die enge und wechselseitige Beziehung zwischen Mensch und Umwelt. Zur Gesundheit gehören körperliches und psychisches Wohlbefinden, sowie die soziale Rollenerfüllung. Aber auch Vitalität, sexuelle Funktionen und Erfüllungen, Selbstverwirklichung oder spirituelle bzw. religiöse Orientierung und Sinnerfüllung. Die Gesundheit ist vor allem ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und kein vorrangiges Lebensziel. Sie wird im Mittelpunkt durch Gesundheitsförderung als Prozess definiert, bei dem alle politischen Faktoren dazu dienen, gesunde Lebenswelten zu schaffen. Zuständig dafür sind Wirtschaft, Finanzen, Politik, Industrie, Umwelt und Medien. Zusammenfassend kann man sagen, dass Gesundsein ein individueller Zustand ist, der sich von Mensch zu Mensch unterscheidet. Dabei spielen die genetische Veranlagung, die Persönlichkeit und die Lebensumstände eine wichtige Rolle. Wenn objektiv alles in Ordnung ist, man sich aber trotzdem schlecht fühlt, ist das ernst zu nehmen.

Die Entwicklung meint alle Veränderungen im Erleben und Verhalten eines Menschen. Diese Veränderungen ereignen sich von der Zeugung an bis zum Tod hin. Gekennzeichnet ist die Entwicklung in bestimmte Phasen. Dazu zählen die pränatale (Empfängnis der Geburt), perinatale (28.SSW bis zum 7. Lebenstag) und postnatale (nachgeburtlich) Phase. Außerdem gehören das Säuglingsalter (von 0 bis etwa 18. Monate), die frühe Kindheit (von etwa 18 Monate bis etwa 6 Jahre), die späte Kindheit (von etwa 6 Jahren bis etwa 13 Jahre), die Adoleszenz (von etwa 13 Jahre bis etwa 20 Jahre), das frühe Erwachsenenalter (von etwa 20 Jahre bis etwa 30 Jahre), das mittlere Erwachsenenalter (von etwa 30 Jahre bis etwa 65 Jahre) und das späte Erwachsenenalter (von etwa 65 Jahre und älter). Während der Entwicklungsphasen finden sowohl die körperliche Entwicklung als auch die psychische und soziale Wahrnehmung statt. Zur körperlichen Entwicklung gehören unter anderem die Ausbildung der Gliedmaßen und auch der Organe. Zur psychischen und sozialen Wahrnehmung gehört die Entwicklungen der Sinne (Hören, Sehen, Schmecken, Tasten, Fühlen). Ebenfalls gehören die Form- und Objektwahrnehmung, die Entwicklung des Problemlösens, die emotionale Entwicklung, die Bindung, die Entwicklung von sozialen Bindungen, der Persönlichkeit und des Selbstkonzeptes dazu. Da eine ADHS Erkrankung zumeist im Säuglingsalter sowie der frühen Kindheit auftritt bzw. diagnostiziert wird, wird im Folgenden auf diese beiden Entwicklungsphasen eingegangen. Die Gehirnentwicklung spielt eine wichtige Rolle während der Entwicklungsphasen des Kindes. Die Synapsen im kindlichen Gehirn sind um 100% höher als im Gehirn eines Erwachsenen vorhanden. Denn durch das schnelle Erlernen und Entwickeln des Kindes in kurzer Zeit, wird das Gehirn sehr stark beansprucht. Welche Richtung die Entwicklung des Gehirns nimmt, ist von den Lernerlebnissen und Erfahrungen geprägt. Einfluss darauf nehmen ebenfalls genetische Aspekte, aber auch das Verhalten und die Gesundheit der Mutter, schon während der Schwangerschaft. Der Stirnlappen ist für die Konzentration und das planerische, überlegte Handeln zuständig. Das Wachstum des Stirnlappens ist im 3. bis 6. Lebensjahr am aktivsten. Liebe, Aufmerksamkeit und Zuwendung sind wichtige Eckpunkte für die optimale Entwicklung eines Kindes.

Vernachlässigung, lange Krankenhausaufenthalte, liebloses oder von Krankheit geprägtes Familienumfeld hemmen das Wachstum und die optimale Entwicklung. Diese psychosozialen Aspekte können das Erkranken an ADHS begünstigen. Die frühkindliche Entwicklung ist gekennzeichnet von Faktoren wie der Sensomotorik, Motorik, soziale Entwicklung, emotionale Entwicklung und kognitive Entwicklung. Wie vorab schon erwähnt, bilden sich bei der Sensomotorik die Sinne aus. Die Motorik hingegen umfasst alle Bereiche der Bewegung und Bewegungsabläufe, beispielsweise das Saugen, Kauen, Greifen oder auch Sprechen. Tätigkeiten wie Krabbeln, Aufstehen oder Gehen müssen dem Kind nicht vorher gesagt werden, denn die Entwicklung des Kindes wird durch seinen eigenen inneren Drang bestimmt, was es wann erlernen will. Das Kind ist in der Lage seine Umwelt nach neuen Möglichkeiten abzusuchen, um sich weiterentwickeln zu können. Das abstrakte Denken, die Wahrnehmungsfähigkeit oder auch die Handlungsplanung entwickelt sich in der kognitiven Phase (auch geistige oder intellektuelle Entwicklung genannt). Da der Mensch ein soziales Wesen ist, wird während der sozialen Entwicklung die Bindungsfähigkeit entwickelt, sodass das Kind Beziehungen zu den Mitmenschen herstellen kann und vor allem die Bindung zur eigenen Mutter, die später auch zumeist für die Erziehung zuständig sein wird. Ein inkonsequenter und negativer Erziehungsstil kann zu einer verminderten sozialen Kompetenz führen, besonders bei ADHS-Kindern. Der Erziehungsstil der Eltern steht daher in einem direkten Zusammenhang mit der Entwicklung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder. Die Gefühle spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Sie sind Reaktionsmuster auf körperinterne und externe Reize. Gefühle dienen dazu, in bestimmten Situationen Emotionen zu zeigen, worauf eine bestimmte Verhaltensweise aufkommt. Auf der ganzen Welt werden 10 Gefühlsebenen wahrgenommen. Dazu zählen: Interesse, Leid, Widerwillen, Freude, Zorn, Überraschung, Scham, Furcht, Verachtung und Schuldgefühl. (vgl. Carroll E. Izard 1999). Die Emotionen spielen für die Persönlichkeitsentwicklung eine wichtige Rolle. In den ersten Lebensmonaten geht es dem Säugling darum, seine Bedürfnisse befriedigt zu bekommen. Außerdem wird die Bindung zwischen der Mutter und dem Kind aufgebaut.

Ab dem 5. Monat kann es seine Mutter an den Schritten oder der Stimme erkennen. Durch das Betrachten von anderen Gesichtern, zeigt das Kind soziales Interesse. Bei Zuwendung lächelt es spontan. Ab dem 8. Monat beginnt das Kind zu „fremdeln“. Es wird zurückhaltender gegenüber unbekanntem Personen. Zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr kann das Kind auf Wörter wie „Nein“ oder „Halt“ reagieren. Ebenfalls erkundet es seine Umwelt und stellt Kontakt zu anderen Kindern her. Im 3. Lebensjahr begreift das Kind dann, dass die Mutter nicht weggeht und sie somit loszulassen. Es beginnt seine Eigenpersönlichkeit zu erkennen, mit all seinen Wünschen, Plänen und Bedürfnissen. Auch kommt es in diesen Jahren in seiner Trotzphase. Besonders anstrengend ist es dann für die Eltern, da das Kind versucht sich zu wehren, wenn es seine Wünsche nicht erfüllt bekommt. Trotzdem findet sich das Kind in seiner Gruppe im Kindergarten zurecht. Im Alter von 4 bis 6 Jahren ist das Kind in der Lage mit anderen Kindern gemeinsam zu spielen, sein eigenes Spielzeug zu teilen und sich zu integrieren. Das Kind kann in diesem Altersbereich, seine Gefühle wahrnehmen und auch ausdrücken. In der Anlage 4 auf Seite 41 ist eine kurze zusammenfassende Übersicht der Entwicklungsaufgaben für die Altersgruppe von 0 - 6 Jahre einsehbar. Zwischen dem 6. Lebensjahr und der Pubertät entwickelt sich die Feinmotorik noch stärker. In dieser Phase sollten Eltern die Interessen ihres Kindes gezielt fördern. Denn nicht nur in den Fußballvereinen oder der Musikschule lernen sie ihr Hobby zu verbessern, sondern auch das sie es selbst in der Hand haben und ihre Leistungen durch Trainings und Übungen verbessern können. Ebenso wird in der mittleren Kindheit die kognitive Fähigkeit weiter entwickelt. Zwar besitzen Säuglinge diese Fähigkeit schon seit Geburt an, jedoch dient es nur zur Unterstützung von motorischen Handlungen. Eine wichtige Fähigkeit ist die Konzentration. Zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr treten die Kinder in die Pubertät ein. Die Pubertät setzt bei Mädchen meistens im Alter von 11-15 Jahren ein. Bei Jungen beginnt es eher später von 12-15 Jahren. Aufgrund des historischen Wandels verändert sich der Eintritt in die Pubertät. Die Aufmerksamkeit entwickelt sich dahingehend weiter, dass sie sich auch auf nicht beachtenswerte Dinge konzentrieren.

In diesem Zusammenhang nimmt die Geschwindigkeit der Verarbeitung von Informationen deutlich zu. Der Jugendliche entwickelt selbst Strategien, um Situationen optimal verarbeiten zu können und das Wissen zu kategorisieren. Die gesamte Persönlichkeit ist gefestigter, harmonischer und sachorientierter. Jugendliche sind in der Lage hypothetisch über etwas genau nachzudenken bzw. reflektorisch über sich selbst nachzudenken. Die Entwicklung des Menschen während der späten Kindheit über die Pubertät bis hin zum vollen Erwachsensein wird wissenschaftlich als Adoleszenz bezeichnet. In diesem Entwicklungsabschnitt vollzieht sich die biologische Reifung (Zeugungsfähigkeit) im Körper, welche nahezu zum körperlichen Auswachsen führt. Gleichzeitig erlangt der Mensch in dieser Entwicklungsphase auch die emotionale sowie soziale Reifung. Die körperlichen und geistigen Veränderungen während dieser Entwicklungsprozesse sind prägend für den Eintritt ins Erwachsenenalter. Es ist wissenschaftlich belegt, dass mit Erreichen der Pubertät (Geschlechtsreife) sich auch eine bedeutende Hirnentwicklung in diesem Entwicklungsstadium vollzieht. Sie führt zu einer grundlegenden Reorganisation des Gehirns. Die geistige Entwicklung während dieser Zeit sollte möglichst zur Folge haben, dass eine emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und eine Akzeptanz der eigenen Erscheinung erreicht wird. Soziologisch wird Adoleszenz als eigenständige und besonders anfällige Phase emotionaler, moralischer und intellektueller Entwicklung angesehen, welche durch die Führung von Erwachsenen erfolgreich durchlaufen werden kann. Betrachtet man die Vielschichtigkeit der einzelnen Entwicklungsstadien eines Kindes von der Geburt bis zum Erwachsenenalter so wird deutlich erkennbar, dass bei Vorliegen einer ADHS Erkrankung die „gesunde“ Entwicklung stark eingeschränkt ist. Zwar können mit zunehmenden Älterwerden einige Symptome wegfallen oder sich verändern beispielweise Zappeligkeit und Unruhe. Jedoch können die erhöhten Konzentrations- und Ausdauerdefizite vorhanden bleiben. Man kommt zu der Schlussfolgerung, dass ADHS zwar nicht heilbar ist, die Symptome aber durch gezielte therapeutische Maßnahmen gelindert werden können. Durch gezieltes Handeln der Betroffenen können sie ihre Verhaltensweisen eindämmen.

6. Nachwort

Wie eingangs im Vorwort erwähnt, habe ich versucht in meiner Bachelorarbeit, das Phänomen ADHS und ihren Einfluss auf die kindliche Entwicklung aus kindheitswissenschaftlicher Sicht näher zu betrachten. Besonderen Wert habe ich dabei auf perspektivische Auswirkungen und Konsequenzen, bei nicht rechtzeitiger Diagnose oder Nichtbehandlung, gelegt. Der Umgang mit den betroffenen Kindern stellt eine Herausforderung für Eltern und Pädagogen dar. Enorme Ratlosigkeit und erheblicher Informationsbedarf treten auf. Nach der intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik bin ich der Ansicht, dass nach exakter Diagnose die ADHS ein Krankheitsbild darstellt und abgrenzbar ist von einem verhaltensauffälligen Charakterzug. Sowohl das Fachgebiet Psychiatrie als auch die Pädagogik sind bei der Thematik ADHS einzubeziehen. Das Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, wirkt sich positiv oder negativ auf die Ausprägung der ADHS Symptomatik aus. Die Ursachen der ADHS sind vielschichtig und komplex. Multiple genetischen Faktoren sowie Umweltfaktoren können sich in der frühen Entwicklung eines Kindes in Form einer neurobiologischen Anfälligkeit äußern. Festzustellen ist, dass ADHS zum gegenwärtigen Zeitpunkt der wissenschaftlichen Forschung nicht heilbar ist. Lediglich ist es möglich die Symptome durch entsprechende Therapien zu lindern und einzudämmen. Die medikamentöse Behandlung ist jedoch kritisch zu betrachten, denn der gesellschaftliche und politische Umgang mit Kindern und Kindheit ist zunehmend geprägt von einer Medikalisierung. Es wird als leichter empfunden, dass Kind in eine psychologische Therapie zu geben anstatt die sozialen Probleme wie z.B. dem zunehmenden Leistungsdruck durch Veränderung der bestehenden „Bildungslandschaft“ in Deutschland entgegenzuwirken. Stattdessen wird den Erkrankten durch die Medikalisierung eine scheinbare Problemlösung angeboten, ihnen wird suggeriert, dass damit ohne eigenes Zutun eine Verbesserung ihrer Lebenssituation erreicht wird. Das eigentliche ursächliche Problem bleibt unbeachtet. Gerade die Zunahme des schulischen Leistungsdruckes und die Kenntnis über die „erfolgreichen, problemlösenden“ Medikamente setzt die Hemmschwelle zur Gabe von

Medikamenten an Kinder immer weiter herab. ADHS kann die Kinder auf ihrem Lebensweg zum Erwachsenwerden in vielen Lebensbereichen beeinträchtigen. Die Intensität der Beeinträchtigung hängt davon ab, ob eine Behandlung eingeleitet wird bzw. wie früh sich Folgen daraus ableiten. Durch die nachgewiesene geringere Emphatiefähigkeit der Betroffenen kommt es oft zu Beziehungsproblemen in dem näheren Umfeld, da Außenstehenden das Wissen über diese Erkrankung fehlt und sie schwer damit umgehen können. Dies wiederum führt mehr oder weniger zur Ausgrenzung und vermindertem Selbstwertgefühl. Insbesondere in der Schule ist es wichtig, diesen Kindern mit Verständnis und Sensibilität zu begegnen, um ihnen die bestmöglichen Bildungschancen zu geben. Nicht unter zu bewerten ist, dass eine nicht behandelte ADHS schwerwiegende Folgen wie z.B. erhöhte Suchtgefahr oder Depressionen nach sich ziehen kann. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens sein sollte und einen Prozess darstellt, stehen hier vor allem politische Faktoren im Mittelpunkt, die dazu dienen sollten, gesunde Lebenswelten für die Menschen zu schaffen. Aber auch Liebe, Aufmerksamkeit und Zuwendung sind wichtige Punkte für die optimale Entwicklung eines Kindes, da ein ungünstiges psychosoziales Umfeld eine ADHS Erkrankung begünstigen kann. Der Erziehungsstil der Eltern steht im direkten Zusammenhang mit der Entwicklung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder. Die unter Punkt 6 aufgestellte These, dass „Kinder aus armen Familien, von ADHS mehr betroffen sind“ macht den Zusammenhang von real bestehenden sozialen Ungleichheiten und Kindheit deutlich. Diese sozialen Ungleichheiten gilt es aufzuspüren und zu überwinden. Hierzu sind gesellschaftspolitische Veränderungen von Nöten, dabei sollte der Schwerpunkt auf die ein Kind umgebende Sozialstruktur gelegt werden. Letztendlich ist festzustellen, dass sich zwar die genetische Veranlagung nicht verändern lässt, aber durch veränderten Umwelthanforderungen beeinflussbar ist und die enorm angestiegenen Reizeinflüsse von außen Aufmerksamkeitsprobleme eines Kindes hervorrufen bzw. verstärken können.

8. Literaturverzeichnis

Bücher:

Hoffmann, Heinrich (1994): Der Struwpeter, Reclam, Philipp, jun. GmbH, Verlag

Caroll E. Izard (1999): Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie , 2. Auflage , Beltz Psychologie VerlagsUnion

Neuhaus, C. (2002): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Urania, - 11. völlig überarb. und neu gestaltete Auflage, Berlin

Neuhaus, C. (2003): Das hyperaktive Baby und Kleinkind: Symptome deuten -Lösungen finden. Urania, 1. Auflage, Berlin

BV-AH e. V. (Hrsg.) (2003): Von Anfang an anders: Früherkennung der ADHS...was tun? , BV-AH e. V. , 2. Auflage

Nissen, Gerhardt (2004): Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose , Schattauer GmbH , Stuttgart

Brandau Hannes, Pretis Manfred und Kaschnitz Wolfgang (2006): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern , Verlag: Reinhardt, Ernst; Auflage: 2

Kahl K. , Behn B. (2007): Praxishandbuch ADHS: Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. Thieme, Stuttgart u.a.

Schäfer U. , Gerber W. (2007): AD(H)S Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung , Göttingen

Hartung J. , Fröhlich-Gildhoff K. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen , Kohlhammer Verlag, 1. Auflage , S. 117 – 135

Koch, F. (2008): Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).
Geschichte, Merkmale, Diagnostik (eBook, PDF) , Grin-Verlag GmbH

Petermann & Toussaint (2009): Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern mit ADHS , In: Kindheit und Entwicklung , S. 83 – 94

Hintermair, M. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Hörschädigung. Teil 1: Erscheinungsbild, Klassifikation, Prävalenz, Ursachen.

Shiela D., Blasius U. (2012): Effekte medikamentöser und nicht – medikamentöser therapeutischer Interventionen auf die Symptomatik und Lebensqualität von Kindern mit ADHS: Ergebnisse einer Langzeitstudie in sechs Sozialpädiatrischen Zentren in Baden-Württemberg. Ulm : Universität Ulm. Medizinische Fakultät

Brunchmüller K. , Schneider S. (2012): „Is ADHD diagnostic in accord with diagnostic criteria?“ , Journal of Consulting and Clinical Psychology

Vogel, J. (2013): Hatte Philipp ADHS? Zur heutigen Rezeption der Hoffmann'schen Geschichte vom 'Zappel-Philipp' , Grin-Verlag

Born A., Oehler C. (2015): Lernen mit ADS-Kindern: ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten, Kohlhammer, 10. aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart

Bach J. , Rothgang G. (2015): Entwicklungspsychologie , Kohlhammer Verlag , 3. überarbeitete Auflage

Gebhardt, B. (2016): Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule: wie Eltern den Übergang erleben. Springer VS, 1.Auflage, Wiesbaden

Nicola Wolf-Kühn, Matthias Morfeld (2016): Rehabilitationspsychologie. Springer Fachmedien Wiesbaden 2016, Herausgegeben von J.Kriz, Osnabrück, Deutschland

Internetverzeichnis

Scheidle, Wolfgang: „Aufmerksamkeit-Defizit- Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)“
unter: <http://www.kindererziehung.com/Paedagogik/Verhalten/ADHS.php>
(abgerufen am 23.08.2016)

Stollhoff, Kirsten: Leitlinien-Autoren der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V, unter: <http://www.ag-adhs.de/startseite.html>
Aktualisiert am: 06.09.2016 (abgerufen am 11.09.2016)

American Psychiatric Association Publishing: American journal of psychiatry,
unter:<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
(abgerufen am 29.07.2016)

Wandernoth, Bernhardt: EEG-Info Europe , unter:
[http://cdn.grin.com/images/preview-file?
document_id=185701&hash=dfa02a6cc4377401e6cd1773a3d030a9&file=OPS/im
ages/64846512396e8b5c1023a0aad4ab6262_SMALL.png](http://cdn.grin.com/images/preview-file?document_id=185701&hash=dfa02a6cc4377401e6cd1773a3d030a9&file=OPS/images/64846512396e8b5c1023a0aad4ab6262_SMALL.png) (abgerufen am
17.08.2016)

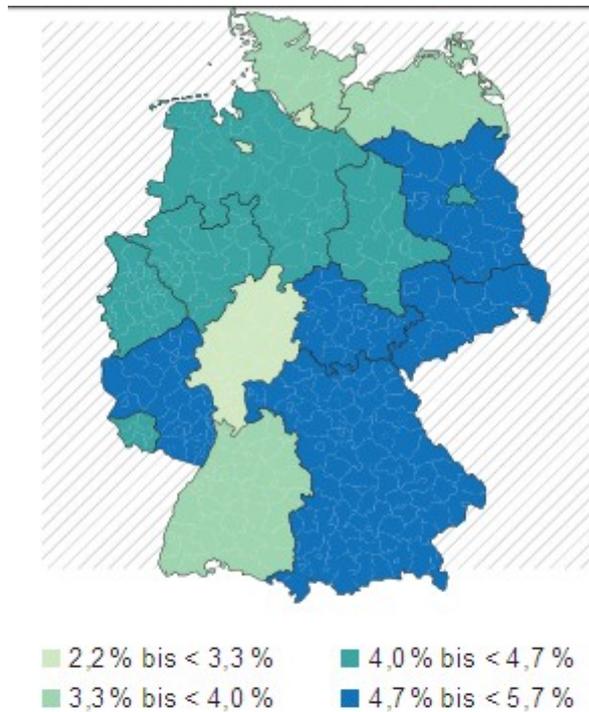
Robert Koch-Institut: KIGGS-Studie, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, unter: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>
(abgerufen am: 13.08.2016)

9. Anlagen

Anlage 1

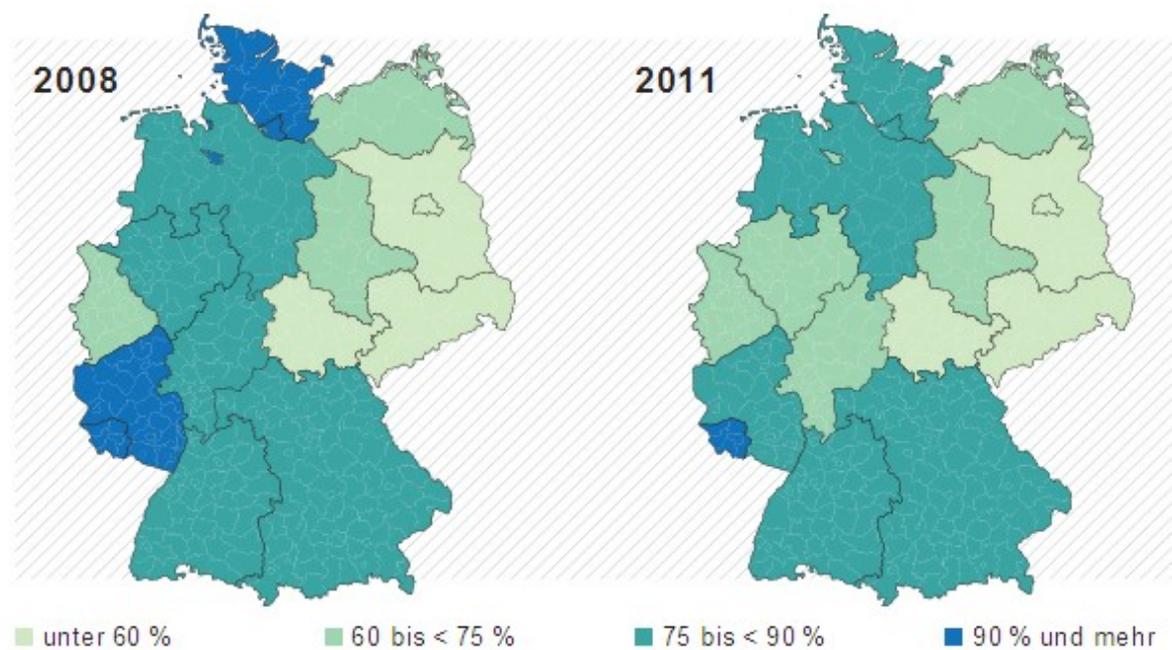
Beurteilungsbogen: Oppositionelle und aggressive Verhaltensauffälligkeiten						
Name des Kindes:	Alter:	Datum:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
beurteilt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Lehrer(in) <input type="checkbox"/> Erzieher(in) <input type="checkbox"/> Anderen:						
Name:						
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Kind ist.			gar nicht	ein wenig	weilgehend	besonders
01. Hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche.			0	1	2	3
02. Wird schnell wütend.			0	1	2	3
03. Streitet häufig mit Erwachsenen.			0	1	2	3
04. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen.			0	1	2	3
05. Ärgert andere häufig absichtlich.			0	1	2	3
06. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.			0	1	2	3
07. Ist leicht reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.			0	1	2	3
08. Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.			0	1	2	3
09. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.			0	1	2	3
10. Beginnt mit Geschwistern häufig Streit. (Wenn keine Geschwister, bitte 0 ankreuzen.)			0	1	2	3
11. Beginnt mit anderen Kindern häufig Streit.			0	1	2	3
12. Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere ein.			0	1	2	3
13. Quält Tiere.			0	1	2	3
14. Lügt oft, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen.			0	1	2	3
15. Stiehlt heimlich Geld oder Wertgegenstände.			0	1	2	3

Quelle: Jäger, Simone: Diplomarbeit „Kinder mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom: Eine sozialpädagogische Fallanalyse.“ unter: http://cdn.grin.com/images/preview-file?document_id=185701&hash=dfa02a6cc4377401e6cd1773a3d030a9&file=OPS/images/64846512396e8b5c1023a0aad4ab6262_SMALL.png , (abgerufen am 10.09.2016)

Anlage 2**ADHS-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 14 Jahren**

Quelle: Ritzert, Barbara: „Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie von ADHS“ , unter:
http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/VA-NEWSLETTER_2015-1_ADHS_final.pdf
(abgerufen am: 10.08.2016).

Anlage 3



Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose, die medikamentös behandelt wurden

Quelle: Ritzert, Barbara: „Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie von ADHS“, unter:
http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/VA-NEWSLETTER_2015-1_ADHS_final.pdf
(abgerufen am: 10.08.2016).

Anlage 4

Entwicklungsaufgaben der kindlichen Entwicklung

Alter	Selbst-kontroll-entwicklung	Soziale Entwicklung	Kognitive Entwicklung	Emotionale Entwicklung
Kleinst-kind (0-1)	Exploriert Umgebung, Bezugsperson als sichere Basis	Bindung mit primärer Bezugsperson Soziales Lächeln und Weinen	Exploriert Umgebung, Bezugsperson als sichere Basis	Zeigt Emotionen
Kleinkind (1-3)	Reagiert auf externe Kontrolle von Erwachsenen	Trennt sich von Bezugsperson, um zu spielen mit anderen	Zeigt sich neugierig	Komplexere Emotionen, auch durch Verhalten im Spiel gezeigt
Vorschul-kind (3-6)	Folgt Regeln Spricht laut beim Spielen	Interaktives Spiel kooperiert, teilt, hilft, konkurriert	Stellt sich darauf ein, von Eltern zu trennen, Lust am Lernen	Drückt Emotionen sprachlich aus, mitfühlend

Inés Brock - Kinderpsychotherapeutin

Quelle: Brock, Ines (2006): "Grundlagen körperlicher und psychischer Entwicklung des Kleinkindes Einführungsvortrag zur Tagung Kindertagesstätte als gesundheits- fördernder Lebensraum." unter: <http://slideplayer.org/slide/876191/> (abgerufen am 12. 08.2016)

10. Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Nadja Winkler, an Eides statt und durch meine Unterschrift, dass die vorliegende Bachelor-Arbeit „Das Phänomen ADHS und sein Einfluss auf die Entwicklung von Kindern“ von mir selbstständig, ohne fremde Hilfe angefertigt worden ist. Inhalte und Passagen, die aus fremden Quellen stammen und direkt oder indirekt übernommen worden sind, wurden als solche gekennzeichnet gemacht. Ferner versichere ich , dass ich keine andere, außer der im Literaturverzeichnis angegebenen Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich sowohl auf Textinhalte sowie alle enthaltenden Abbildungen. Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift