



Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Social Arts

ADHS bei Kindern

**- mangelnde oder ausreichende Hilfe
für betroffene Eltern -**

Eingereicht von:

Nancy Stannarius
Rossmarktstrasse 10
04177 Leipzig

17678

Erstbetreuer:
Prof. Menting

Zweitbetreuer:
Prof. Benecken

Inhaltsverzeichnis

1 Begriffserklärung ADHS	5
1.1 Prävalenz	6
1.2 Diagnose	6
1.3 Symptomkriterien	8
1.4 Begleiterscheinungen	10
1.5 Ursachen	11
2 Therapiemöglichkeiten für das betroffene Kind	12
2.1 Die medikamentöse Behandlung	13
2.2 Psychotherapie	15
2.3 Verhaltenstherapie	16
2.4 Spieltherapie	16
3 Hilfen für den Umgang und das Leben mit ADHS-Kindern	17
3.1 Anlaufstellen für betroffene Familien	18
3.2 Trainingsprogramme/Elternteraining	20
3.3 Tipps und Regeln	21
3.4 Möglichkeiten der Selbsthilfe	24
4 Versorgungsbedürfnisse der Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern (Auswertung Fragebogen)	26
5 Fazit	32
6 Literaturverzeichnis	34
7 Abbildungsverzeichnis	37
9 Anhang	38

Die Geschichte vom Zappel - Philipp

„Ob der Philipp heute still
Wohl bei Tische sitzen will?“
Also sprach in ernstem Ton
Der Papa zu seinem Sohn,
Und die Mutter blickte stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.
Doch der Philipp hörte nicht,
Was zu ihm der Vater spricht.
Er gaukelt
Und schaukelt,
Er rappelt
Und zappelt
Auf dem Stuhle hin und her.
„Philipp, das mißfällt mir sehr!“



Seht, ihr lieben Kinder, seht,
Wie's dem Philipp weiter geht!
Oben steht es auf dem Bild.
Seht! Er schaukelt gar zu wild,
Bis der Stuhl nach hinten fällt;
Da ist nichts mehr, was ihn hält;
Nach dem Tischtuch greift er, schreit.
Doch was hilft's? Zu gleicher Zeit
Fallen Teller, Flasch' und Brot,
Vater ist in großer Not,
Und die Mutter blicket stumm
Auf dem ganzen Tisch herum.

Nun ist Philipp ganz versteckt,
Und der Tisch ist abgedeckt.
Was der Vater essen wollt',
Unten auf der Erde rollt;
Suppe, Brot und alle Bissen,
Alles ist herabgerissen;
Suppenschüssel ist entzwei,
Und die Eltern stehn dabei.
Beide sind gar zornig sehr,
Haben nichts zu essen mehr.

(Heinrich Hoffmann, 1845)

Einleitung

Wer kennt sie nicht, die Geschichte vom Zappelphilipp? Der kleine Junge der niemals still sitzen konnte und alle mit seiner ungeheuren, nie enden wollenden Energie zur Verzweiflung brachte. Seit der Buchveröffentlichung des „Struwwelpeter“ vom Frankfurter Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann (1845) werden energiegeladene „Zappelphilippe“ gerne als Störenfriede im [...] sozialen Raum betrachtet (vgl. Heinemann, Hopf; 2006, S.9).¹

Anlass der vorliegenden Arbeit ist daher die sich wahrscheinlich immer stärker abzeichnende Bedeutung der Elternbelastung und sich die damit zu stellende Frage ob und in weit betroffene Eltern Hilfe und Unterstützung bekommen. In Vorbereitung dieser Arbeit wurde ein Fragebogen an Eltern mit ADHS-Kindern verteilt. Primär soll er eruieren, in wie weit Eltern mit dem Krankheitsbild ADHS vertraut sind, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen und welchen Versorgungsbedarf bzw. Versorgungsbedürfnisse sie äußern.

Im 1. Kapitel beschäftigt sich die Arbeit mit dem Krankheitsbild ADHS. Nach einer Begriffserklärung werden typische Symptome und die daraus resultierenden Verhaltensmuster der betroffenen Kinder aufgezeigt. Auch die Diagnostik, welche für die Diagnose notwendig ist, wird an dieser Stelle nicht außer Acht gelassen. Im 2. Teil folgt eine Aufzählung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten. In den Vordergrund rückt dabei immer mehr die Vergabe des Medikamentenwirkstoffs Methylphenidat, geläufig als Ritalin. Da die ausführliche Erörterung der medikamentösen Behandlung dem Umfang einer eigenständigen Arbeit entsprechen würde, soll diese in Kapitel 2 nur kurz erwähnt werden.

Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt allerdings auf Kapitel 3 und 4. Hierbei stehen Trainees, das Coaching der Eltern und die Möglichkeiten zur Selbsthilfe im Vordergrund.

¹ Wissenschaftlich gearbeitet und zitiert nach dem Buch „Wissenschaftlich arbeiten – Schritt für Schritt“

Die Studie im 4. Teil dieser Recherche befasst sich mit dem Versorgungsbedarf von Familien mit ADHS-kranken Kindern und untersucht vor allem, wie zufrieden die Eltern mit der gesundheitlichen Versorgung ihres Kindes sind und/oder ob weiterer Versorgungsbedarf besteht.

Zur Überprüfung der oben genannten Fragestellung wurde eigens für diese Arbeit ein Fragebogen zum Versorgungsbedarf und zur Qualität des Versorgungsbedarfes im Bereich ADHS konzipiert. Dieser wurde an Eltern der 60. Grundschule und der Schule für Erziehungshilfe mit ADHS-erkrankten Kindern verteilt.

Statistisch ausgewertet wurden die Bögen nach Mittelwert sowie Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder.

Diese Arbeit soll einen kleinen Beitrag, zur Erkennung des Versorgungsbedarfs bzw. der Versorgungsbedürfnisse von Eltern mit ADHS-kranken Kindern, leisten.

1 Begriffserklärung ADHS

Der Begriff ADHS wird als Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom bezeichnet und gehört in der heutigen Zeit zu der meistgestellten Diagnose im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Heinemann, Hopf; 2006, S.9). *„Die WHO definiert dies als eine Verhaltens- und emotionale Störung, die in der frühen Kindheit (ersten 5 Jahre) beginnt und länger als 6 Monate eine Kombination von überaktiven Verhalten, Aufmerksamkeitsschwäche und Mangel an Ausdauer zeigt“* (von Loh; 2003; S. 354).

Parallel gibt es noch andere Bezeichnungen (u.a. Hyperkinetisches Syndrom (HKS) für dieses Störungsbild. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich jedoch auf den oben genannten Begriff, da dieser in der Regel am häufigsten verwendet wird.

1.1 Prävalenz

Weltweit gibt es gegenwärtig ca. zehn Millionen Kinder, bei denen die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung gestellt wurde (vgl. Hüther, Bonney; 2005, S.23). Hierbei sind Jungen ca. 6 x häufiger betroffen als Mädchen. Jedoch scheint dieses abweichende Geschlechterverhältnis bei älteren Kindern etwas abzunehmen (vgl. Medice; 2013, S.2). Auch in Deutschland diagnostizieren Ärzte und Ärztinnen bei immer mehr Kindern und Jugendliche eine Aufmerksamkeit-Hyperaktivitätsstörung. Laut Ärztereport 2013 der Barmer-GEK stieg die Zahl der Diagnosen zwischen 2006 und 2011 um 42 Prozent (vgl. Deutsches Ärzteblatt; 2013, S. 198).

1.2 Diagnose

Das Störungsbild des ADHS tritt erstmals bei Kleinkindern auf. Gekennzeichnet durch schwer stillbare Unruhe, extreme Empfindlichkeit oder enormen Aktivitätsdrang. Durch steigende Leistungsanforderungen fällt es betroffenen Kindern zunehmend schwerer, sich den Erfordernissen in Kindergarten und Schule adäquat anzupassen (vgl. Hüther, Bonney; 2005, S.20). Häufig kommt es daraufhin zur Diagnose ADHS.

ADHS ist eine klinische Diagnose und wird auf Basis einer ausführlichen klinischen Untersuchung des Arztes, des Kinder- und Jugendpsychiaters gestellt. Ein grundlegender Aspekt der klinischen Untersuchung ist die Herausarbeitung von Beginn und Verlauf der ADHS-Symptomatik und der Beeinträchtigungen im Alltag der Kinder, die aufgrund der Symptomatik auftreten (vgl. Sobanski; 2012, S.23). Um allerdings eine sichere Diagnose stellen zu können, müssen mehrere Symptome (siehe 1.1)

- deutlich ausgeprägt sein,
- länger als 6 Monate andauern
- in mehreren Lebensbereichen auftreten
- bereits im Vorschulalter begonnen haben

- von der altersgerechten Entwicklung abweichen (vgl. Peters; 2013, S 11.).

Diagnostikschema:

1. Erstkontakt	Dauer
Beschreibung des Problemverhaltens	
Screening	1/2 bis 1 1/2 Stunden
MVL	
2. Anamnese	1 bis 2 1/2 Stunden
3. Unterrichtsbeobachtung	2 bis 2 1/2 Stunden
4. Grunddiagnostik	1 1/2 Stunden
4.1 Intelligenztest	
HAWIK-III oder K-ABC	
4.2 Emotionalität	3/4 bis 1 1/2 Stunden
Rosenbusch	
Familie in Tieren	
Scenotest oder Thomas-Erzähltest	
4.3 Aufmerksamkeitstest	15 Minuten
Test d2 oder KVT	
evtl. computergestützte Verfahren	
5. Prüfung weiterer Fragestellungen	

Abb. 1 (Klein, Klein)

Die Diagnostik von ADHS ist ein langwieriger Prozess, bei dem zahlreiche Informationen aus unterschiedlichen Bereichen zusammengetragen und integriert werden. Zu diesen zählt eine ausführliche Verhaltensbeobachtung zu Hause und in der Schule/Kindergarten, ein Test zur Abklärung des intellektuellen Leistungsstandes und gegebenenfalls medizinische Untersuchungen wie Hör-, Seh- und neurologische Untersuchungen (vgl. Klein, Klein; 2003, S.133)

Die Diagnostik lässt sich in vier Hauptuntersuchungen gliedern:

- „ein anamnestisches Elterngespräch, in dem Informationen über die frühe Kindheit, eventuelle Geburtsschäden und Krankheiten, die häusliche Situation, die Erziehung etc. erhoben werden;
- Verhaltensbeobachtung des Kindes in mindestens zwei Situationen, idealerweise im Unterricht und zuhause;

- *Leistungsdiagnostik – hier ist mindestens eine ausführliche Intelligenzdiagnostik angebracht, um eine Lernbehinderung auszuschließen, so wie Tests, um die Aufmerksamkeit zu messen,*
- *Erfassen der Emotionalität, z.B. durch projektive Testverfahren (Klein, Klein; 2003, S.134).*

Sollten sich während der Diagnostik weitere Fragen ergeben, so werden diese in einer „weiterführenden Diagnostik“ überprüft (vgl. Klein, Klein; 2003, S.134).

1.3 Symptomkriterien

Nach dem DSM IV besteht das Krankheitsbild aus drei Komponenten: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. Lauth, Schlottko; 1995, S. 1).

Unaufmerksamkeit:

Es werden häufig Flüchtigkeitsfehler im Bereich der Schule oder anderen Tätigkeitsbereichen gemacht, da wichtige Einzelheiten oft unbeachtet bleiben. Des Weiteren fällt es betroffenen Kindern schwer ihre Aufmerksamkeit für längere Zeit beim Spielen oder anderen Tätigkeiten aufrecht zu erhalten. Vielfach sind es äußere Reize, die die Kinder leicht ablenken. In diesem Zusammenhang spricht man auch oft von Reizüberflutung (vgl. Heinemann, Hopf; 2006, S.10). Ständig sind sie mit ihren eigenen Gedanken beschäftigt und haben häufig große Schwierigkeiten in einen Dialog mit anderen Menschen zu treten bzw. dem Gespräch für längere Zeit zu folgen (vgl. Brandau, Kaschnitz; 2008, S.29). *„Es besteht die Unfähigkeit, sich an Handlungen zurückzuerinnern, die Erinnerung an die Ausgangssituation ist verloren – es besteht subjektiv der Eindruck, sich ständig in einer unvorhersehbaren Situation zu befinden. Dies kann dann zu dem Gefühl führen, an vorzeitigem „Alzheimer“ zu leiden“ (Brandau, Kaschnitz; 2008, S.29).*

Hyperaktivität:

In den Bereich der Hyperaktivität fallen die Momente der motorischen Unruhe. Auffälligkeiten wie ständiges Zappeln mit Händen und Füßen, nicht still sitzen können und häufiges Aufstehen und Herumlaufen in Situationen, in denen Anderes erwartet wird bzw. erforderlich ist. Zum Beispiel im Unterricht oder beim gemeinsamen Essen am Tisch (vgl. Lauth/ Schlottke; 1995, S.1) Im Kontext der Hyperaktivität wird häufig von rastlosem Verhalten und innerer Unruhe der Kinder gesprochen.

Impulsivität:

Mit Impulsivität wird vor allem das unbedachte und übereifrige Verhalten umschrieben. Dem derzeitigen Forschungsstand entsprechend gilt, dass Impulsivität das „*eigentliche Primärsymptom*“ des ADHS ist. Zusammenfassend, die Unfähigkeit Reaktionen auf einen Impuls hin zu kontrollieren und zu steuern, beschreibt (vgl. Brandau, Kaschnitz; 2008, S.31).

„Die mangelhafte Impulskontrolle äußert sich im Verhaltensbereich dadurch, dass diese Kinder unbedacht und vorschnell Reaktionen zeigen, die sie oft nachher bedauern, Regeln übertreten und schwer warten können, bis sie an der Reihe sind. Kognitiv zeigen sich Probleme mit der Planung und Organisation von Aufgaben, unfertigen Aufgaben oder Leistungen mit vielen Flüchtigkeits- und Schlampigkeitsfehlern. Emotional äußert sich die mangelnde Impulskontrolle in Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten auf oft nichtige Anlässe hin, niedriger Frustrationstoleranz und Ungeduld“ (Brandau, Kaschnitz; 2008, S.31-32).

Die betreuenden Eltern sind in diesen Situationen mit der weiteren Erziehung in den meisten Fällen überfordert. Dadurch können ungeeignete Erziehungseinstellungen und -praktiken begünstigt werden. Durch diese Überforderungen können die dringend benötigten Strukturen für das Kind nicht mehr aufrechterhalten werden, was zu einer Verstärkung der ADHS-Symptome führen kann. Diese Erziehungsfehler verursachen ADHS zwar nicht primär, jedoch müssen auch sie betrachtet werden, um die Symptome im Alltag zu kompensieren. Hinweise dazu bietet die Arbeit in Abschnitt 3.3 und 3.4.

1.4 Begleiterscheinungen

Über 50% der betroffenen ADHS-Kinder zeigen neben den Kernsymptomen noch weitere Verhaltensauffälligkeiten.

- **Störung des Sozialverhaltens**

Mit einer Störung des Sozialverhaltens werden ständige und andauernde aggressive Verhaltensweisen bezeichnet. Sollten sich bei einem ADHS-betroffenen Kind solche zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten zum eigentlichen Problem entwickeln, so spricht man von einer hyperkinetischen Störung (HKS) des Sozialverhaltens (vgl. Peters; 2013, S.16)

- **Angststörungen und Depressionen**

Angststörungen treten im Durchschnitt bei 25% der betroffenen ADHS-Kinder auf. Diese zu erkennen, ist manchmal nicht einfach da die störenden „sichtbaren“ Auffälligkeiten im Vordergrund stehen.

Das Selbstbewusstsein solcher Kinder, ist aufgrund häufigen Versagens und den zunehmenden sozialen Problemen nur sehr minderwertig ausgeprägt. Diese negativen Erfahrungen können zu Störungen führen, da diese Kinder trotz großer Bemühungen statt Lob und Anerkennung nur Negatives erfahren (vgl. Peters; 2013, S. 17) *„Durch das Erleben ihres Scheiterns und die negativen Rückmeldungen aus ihrem Umfeld entwickelt sich in ihnen die Überzeugung ein „Versager“ zu sein [...] und begünstigt das Auftreten einer depressiven Entwicklung“ (Peters; 2013, S.17).*

- **Tics**

Mit Tics werden ungewollte sich wiederholende Zuckungen und Bewegungen, meistens im Bereich des Gesichtes (motorische Tics) bezeichnet. Auch das plötzliche „Laute geben“ (vokale Tics) und das sich ständige Räuspern gehören in diesen Bereich.

Diese Begleiterscheinungen sind bei ADHS – Kindern keine Seltenheit. In der Regel sind Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Oft haben diese Tics eine gute Prognose und verschwinden nach einiger Zeit wieder. Wichtig dabei, hier von der generalisierten Tic-Krankheit (Tourette-Syndrom) Abstand zu nehmen, da sich diese grundlegend unterscheiden (vgl. Peters; 2013, S18).

- **Teilleistungsstörungen**

Hierbei versteht man Lernstörungen wie eine Lese-Rechtschreibschwäche und/oder eine Rechenschwäche. Diese Teilleistungsstörung tritt bei ca. 10-25% der betroffenen Kinder auf (vgl. Peters; 2013, S.17).

1.5 Ursachen

„Bis heute gibt es keine eindeutige und allumfassende Erklärung für die Entstehung dieser Auffälligkeiten. Allerdings sind sich die meisten Wissenschaftler einig, dass die Hauptursachen dieser Problematik in Veränderungen der Funktionsweise des Gehirns zu suchen sind. Die Bedingungen, unter denen die Kinder in der Familie, im Kindergarten und in der Schule aufwachsen, beeinflussen jedoch die Ausprägung und den Verlauf dieser Auffälligkeiten erheblich“ (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.38).

Gegenwärtig geht man von einem multifaktoriellen Ursachenmodell aus. Das heißt, nicht nur eine sondern mehrere Ursachen können beteiligt sein. Laut Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl können demnach folgende Faktoren eine Rolle spielen:

- Funktionsstörungen des Gehirns, kleine Gehirnschäden
 - Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Neugeborenenalter
 - der Konsum von Alkohol und Zigaretten während der Schwangerschaft
 - erbliche Faktoren
 - Nahrung, Lebensmittelallergien
- (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.38-41)

An dieser Stelle sollten auch andere mögliche Ursachen nicht außer Acht gelassen werden. Häufig können auch besondere Lebenssituationen oder Lebensumstände die Kinder aus der Bahn werfen (vgl. Lauth, Schlottke, S. 6).

„Potenzielle Störfaktoren ergeben sich sowohl aus den Interaktionsprozessen des familiären Zusammenlebens als auch aus der gesellschaftlich vermittelten Lebenssituation der Familie, ihren Beziehungen zu externen Partnern, Gruppen und Institutionen“ (Werning; 1996, S.113).

Die Trennung der Eltern, Todesfälle oder auch ein Wechsel im persönlichen Umfeld (Orts- oder Schulwechsel) können eine erhebliche Belastung darstellen. In diesem Zusammenhang klagen betroffene Eltern über allgemeine Erziehungsschwierigkeiten, wie Wutausbrüche, Trotzverhalten, Geschwisterrivalitäten et cetera, wodurch sich nicht selten Beziehungsschwierigkeiten mit einzelnen Elternteilen oder Geschwistern ergeben (vgl. Lauth, Schlottke, S. 6).

Aber gerade in diesen Situationen verspüren die Kinder eine starke Überforderung und benötigen liebevolle Unterstützung und Hilfe (vgl. Paal D.; 2007, S.34).

2 Therapiemöglichkeiten für das betroffene Kind

Sobald die Eltern die ADHS Diagnose ihres betroffenen Kindes erhalten haben, stellt sich wohl für jede Familie folgende Frage. Welche erfolgversprechende Behandlung/ Therapie wird wohl für unser Kind die Richtige sein?

Eltern von Kindern, welche die Diagnose ADHS bekommen haben, stehen den Belastungen im Alltag häufig hilflos gegenüber. Von allen Seiten bekommen sie Ratschläge, die nicht immer hilfreich sind. Gleichzeitig stellen sich ihnen viele Fragen: Warum hat mein Kind ADHS? Wie geht es nun weiter? Welche Behandlung hilft bei ADHS? Wie soll ich mit meinem Kind umgehen? Soll ich auf Medikamente zurückgreifen oder schädigen diese

eher meinem Kind? Fragen über Fragen welche die Hilflosigkeit betroffener Familien bereits an dieser Stelle vermuten lässt.

Jedoch ist die Bandbreite möglicher Therapien und Hilfen groß. Doch nicht jede Form der Behandlung ist für jedes Kind und jede Familie geeignet (vgl. Hartmann; 1997, S.52).

In diesem Abschnitt werden mögliche Therapieformen zur Hilfe für das Kind aufgezeigt. Da sich die Arbeit grundlegend mit der Hilfe für Eltern mit einem ADHS-betroffenen Kind widmet, werden an dieser Stelle nur vier der wichtigsten Therapiemöglichkeiten für die Kinder beleuchtet.

2.1 Die medikamentöse Behandlung

Von allen Therapieformen ist die Behandlung mit „Psychostimulanzien“ die dominanteste. Durch die kurzfristig positive Wirkung auf die primären Symptome des ADHS, brachten die Methylphenidatpräparate vielen Betroffenen eine effiziente Hilfe und schafften Erleichterung im schulischen und sozial-familiären Alltag. Die medikamentöse Therapie gilt als sehr zuverlässig und sicher. Laut dem Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München (2001) sind die Nebenwirkungen sehr gering und aufgrund der Schwere der Störung meist zu tolerieren (vgl. Brandau, Kaschnitz; 2008, S.122). Dies zeigt auch der enorme Anstieg der Verschreibung dieser Medikamente. In den letzten Jahren ist eine erhebliche Steigerung einer solchen medikamentösen Behandlung bei ADHS zu verzeichnen (vgl. Paal D.; 2007, S.28).

Allerdings soll an dieser Stelle keine Zustimmung für die Vergabe solcher „Stimulanzien“ stattfinden. Trotz der Aussage des Staatsinstituts für Schulpädagogik und Bildungsforschung sind sich viele Experten nicht einig. Absolute Befürworter stehen dabei strengen Kritikern gegenüber. *„Medikamente sind bei der Behandlung von ADHS oft von Nutzen, doch reichen sie als einzige Maßnahme nicht aus“ (Schmela; 2004, S112).*

Dieser Meinung sind laut Schmela viele Therapeuten. Doch leider sind es die Ärzte, die den Eltern den Eindruck vermitteln eine „reine“ Medikation würde ausreichen, um die Probleme des ADHS-betroffenen Kindes zu be-

handeln. Eine multimodale Intervention oder auch Kombinationstherapie empfehlen leider nicht alle Mediziner. (vgl. Schmela; 2004, S.112).

Eine genaue Wirkung des Medikamentes ist nicht bekannt. Die Experten sind sich einig das es wirkt, die Nebenwirkungen sind bekannt, jedoch ist die Wirkweise noch nicht wissenschaftlich belegt (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.75).

Dazwischen stehen die Eltern, die ihrem Kind helfen wollen, ohne es zusätzlichen Risiken auszusetzen. Ein Gefühlschaos zwischen dem Willen zu helfen und Hilflosigkeit, lässt sich in diesem Kontext vermuten.

Wirkung von Ritalin nach Meinung der:

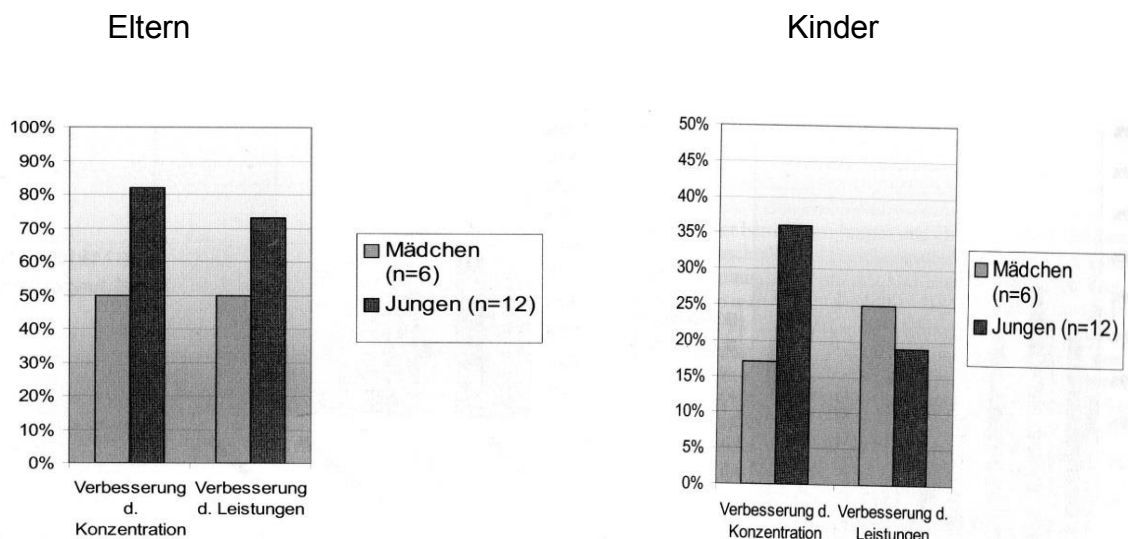


Abb. 2 (Hüther, Bonney)

Wie die Abbildungen zeigen, stellen sich die Verbesserungen durch die Vergabe von Ritalin sehr unterschiedlich dar. Die Wirkung des Medikaments Ritalin fällt nach Einschätzung der Eltern deutlich positiver aus. Beobachteten die Eltern bei den Jungen in Leistung und Konzentration eine Verbesserung von 70-80%, so schätzten die Jungen selber eine Steigerung von 20-35%. Bei den Mädchen ist im Vergleich zu den Jungen das Urteil zwischen Eltern und Kind ähnlich. Auffallend ist, dass nur 50% der Eltern eine Verbesserung wahrnahmen und die Mädchen selber zwischen

15-25%. Eine Ursache dieser geringeren Einschätzung gegenüber den Jungen bleibt an dieser Stelle ungeklärt (vgl. Hühner, Bonney; 2005, S).

2.2 Psychotherapie

Definitionsgemäß handelt es sich bei ADHS um eine lebenslang bestehende Störung, die zu fortwährenden Beeinträchtigungen im Alltag, im Selbstbild, in der Identität und im sozialen Verhalten führen kann. Aus dieser Problematik heraus, haben ADHS-betroffene Kinder oft ein sehr geringes Selbstwertgefühl. Erwartungen und Anforderungen, die an sie gestellt werden, können sie häufig trotz größter Anstrengungen nicht erfüllen. Dies gilt auch im Hinblick auf vielfältige Ratschläge zur Verbesserung der Situation oder frustrierende Therapievorerfahrungen welche bis dato keine gewünschten Erfolge zeigten.

In diesem Fall kann eine Psychotherapie, auf das als eigenes Versagen oder durch fehlende Anstrengung empfundene, eine neue Sichtweise auf die bezeichneten Probleme bringen und damit eine Änderung dysfunktionaler Verhaltens- und Interaktionsmuster hervorrufen (vgl. www.klinik-lueneburger-heide.de).

Des Weiteren berücksichtigt das psychotherapeutische Behandlungskonzept, dass gleichzeitige Vorliegen von Begleitscheinungen (wie die in Abschnitt 2.4 bereits erwähnten Depressionen, Angststörungen und Tics etc.). Diese Störungen werden im Rahmen des gruppentherapeutischen Prozesses in gleicher Qualität mitbehandelt. Für viele Patienten ermöglicht diese gleichzeitige Behandlung von ADHS und deren Begleitscheinungen eine dauerhafte Stabilisierung. Dies gilt besonders für Kinder mit wiederholten Behandlungsversuchen, die trotz multimodaler Interventionsversuche keine dauerhafte Stabilisierung erreichten, da ein gleichzeitig parallel bestehendes ADHS unerkannt und unberücksichtigt blieb und der Fokus einzig auf den Begleitstörungen lag (vgl. www.klinik-lueneburger-heide.de).

2.3 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist eine spezielle Form der Psychotherapie, die sich bei der Behandlung von ADHS als besonders wirkungsvoll erwiesen hat. Bei dieser Therapieform wird angenommen, dass jedes Verhalten (sowohl positiv als auch negativ) erlernt worden ist und deshalb auch wieder "verlernt" werden kann. Demzufolge kann man daraus schließen, dass sich die Störung bei dem Kind ausgebildet hat, weil es inadäquate Verhaltensweisen erlernt hat (www.lauth-schlottke.de). So basieren diese Verhaltensauffälligkeiten häufig auf einer gestörten Regulation des Verhaltens durch Hinweisreize, Regeln und Konsequenzen, welche dann zu Störungen der Interaktion im Sinne von Fehlverhalten führen (vgl. Brandau, Kaschnitz; 2008, S.130). Aufgrund dessen richten sich die verhaltenstherapeutischen Angebote darauf aus, dem Kind ein erfolgreiches neues Leben zu ermöglichen. Das heißt *„vereinfacht gesagt gehen diese davon aus, dass wir hauptsächlich solche Verhaltensweisen beibehalten, die zu einem positiven Ergebnis führen bzw. geführt haben, und Verhaltensweisen unterlassen, die Ärger, Bestrafung oder Misserfolgegen“* (www.lauth-schlottke.de).

2.4 Spieltherapie

Auch die klientenzentrierte Spieltherapie (auch non-direktive Spieltherapie genannt) wird gerade bei Kindern mit neurotischen Störungen als sehr sinnvoll erachtet. Sie soll mangelndes Selbstvertrauen, Anpassungsstörungen, Ängste und unangemessene Verhaltensweisen sowie innere Unruhe ausgeglichen werden.

In der Spieltherapie nimmt der Therapeut das Kind positiv an und setzt ihm nur Grenzen wenn er es als nötig erachtet. Hierbei ist es wichtig, nicht in das Spiel und in das freie Handeln des Kindes einzugreifen (vgl. Neuhaus; 1998, S. 205-206). Laut Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl ist die Spieltherapie allerdings vordergründig für Kinder mit emotionalen Problemen und geringem Selbstwertgefühl geeignet, aber nicht für Kinder mit

hyperkinetischen Verhaltensstörungen (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.30).

Auch Neuhaus beschreibt diese Form der Therapie als eher ungeeignet. Das Kind darf ein- bis zweimal die Woche zu einem netten Therapeuten spielen gehen, bei dem es fast alles darf. Oftmals projizieren Kinder diese Spielsituationen auch in ihr soziales Umfeld. Nicht selten ergibt sich daraus eine Verschlechterung der Problematik durch diese therapeutische Vorgehensweise (vgl. Neuhaus; 1998, S.204).

3 Hilfen für den Umgang und das Leben mit ADHS-Kindern

„Die Familie hat im Allgemeinen eine ungeheure Macht, sowohl zu heilen als auch Schmerz zuzufügen. Wenn die Familie bereit ist, ein chronisch angeschlagenes Familienmitglied in einem neuen Licht zu sehen, wenn die Familie bereit ist, dabei mitzuhelfen, dass es geheilt wird, kann dies wirkungsvoller sein, als alle ausgeklügelten Medikationen, Therapien und Beschwörungen“ (Brandau, Kaschnitz; 2008, S.138).

Von allen Familienmitgliedern wird das Familienleben als wenig harmonisch erlebt. Stress und Anspannung stehen in diesen Familien im Vordergrund. Wahrgenommen wird in der Regel nur das störende und riskante Verhalten des „Problemkindes“. Familienangehörige und Geschwisterkinder kommen oftmals zu kurz.

Hinzu kommt, dass sich diese Familien häufig isolieren oder isoliert werden (vgl. Neuhaus; 1998, S. 148). Freunde und Bekannte wenden sich ab, da die Treffen und Besuche mit der „Problemfamilie“ als belastend empfunden werden (vgl. www.adhs-elterntraining-berlin.de/). In diesem Fall, ist es für die betroffenen Eltern besonders wichtig diesen Negativkontakt zu verkürzen oder wenn nötig sogar abubrechen und andere Kontakte – im Idealfall mit anderen Betroffenen – aufzubauen (vgl. Neuhaus; 1998, S. 148).

In den folgenden Punkten werden Anlaufstellen genannt und Möglichkeiten beschrieben die den Umgang und das Familienleben vereinfachen können.

3.1 Anlaufstellen für betroffene Familien

Die Erzieher/ die Lehrerin:

Sollten die Eltern bereits selbst Auffälligkeiten an ihrem Kind festgestellt haben, ist es häufig ratsam das Gespräch mit den Erziehern im Kindergarten oder der Lehrerin (je nach Alter des Kindes) aufzusuchen. Bei diesen, können die Eltern sich ein Bild von dem Verhalten ihres Kindes verschaffen. Sollten neben den Verhaltensauffälligkeiten, vor allem in der Schule, erste Leistungsschwierigkeiten (siehe auch Kapitel 2.4) auftreten, so können die Pädagogen möglicherweise wichtige Hinweise geben. Eine enge und regelmäßige Zusammenarbeit ist bereits hier von großem Vorteil (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.85-86).

Der Kinderarzt:

Der Kinderarzt ist für betroffene Familien oftmals der erste professionelle Ansprechpartner. Häufig kann er den Eltern konkrete Ratschläge geben und ihnen weitere Anlaufstellen nennen, die den Familien weiterhelfen können. Bei ihm können erste Behandlungsvorschläge besprochen und beraten werden. Häufig überweisen diese dann zur Abklärung und Durchführung geeigneter Therapien an weitere Professionen (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.86).

Der Kinder-und Jugendpsychiater:

Zunächst besitzen die Kinder- und Jugendpsychiater das notwendige medizinische und psychologische Fachwissen, um eine sichere ADHS-Diagnose stellen zu können. Gerade bei Kindern mit stark negativen Verhaltensauffälligkeiten, bei denen eventuell bisherige Behandlungen keine gewünschten Erfolge zeigten, sollte die Hilfe des Kinder- und Jugendpsy-

chiaters in Anspruch genommen werden. Dieser kann gegebenenfalls auch eine tagesklinische oder stationäre Behandlung in der der entsprechenden Klinik veranlassen (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87).

Erziehungsberatungsstellen:

Erziehungs- oder psychologische Beratungsstellen finden sich in fast jeder Stadt. Diese können hilfreiche Tipps bei Verhaltensauffälligkeiten anbieten oder an entsprechende Professionen weitervermitteln. Die Mitarbeiter einer Erziehungsberatungsstelle besitzen häufig eine fundierte Psychotherapieausbildung (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87).

Das Jugendamt:

In bestimmten Situationen ist die Unterstützung des Jugendamts unerlässlich. Fühlen sich Eltern in der Erziehung ihres ADHS-Kindes überfordert, so kann das Jugendamt unter bestimmten Voraussetzungen eine Familienhilfe installieren oder in einzelnen Fällen, um die weitere Entwicklung des Kindes nicht zu gefährden, das Kind für eine spezielle Betreuung im Heim unterbringen (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87). *„In Zeiten leerer öffentlicher Kassen sind der Finanzierung solcher Maßnahmen jedoch Grenzen gesetzt“ (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87).*

Der Kinder- und Jugendpsychotherapeut:

Diese bieten zwei verschiedene Arten der Psychotherapie an. Die tiefenpsychologische und die Verhaltenstherapie (siehe auch Punkt 2.1.3). Auch an dieser Stelle wird noch einmal bestätigt, dass sich die Verhaltenstherapie bei Kindern mit hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten besonders bewährt hat. Die tiefenpsychologische Therapie wird hingegen für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nicht als primäre Therapie empfohlen.

Ist der Therapeut bei der Krankenkasse anerkannt, so können Eltern einen Antrag bei dieser für eine Kostenübernahme der Verhaltenstherapie stel-

len. Wird dieser bewilligt so wird zunächst eine begrenzte Anzahl an Therapiestunden genehmigt (Kurzzeittherapie 25 Stunden), welche aber auf Antrag verlängert werden können.

In der Verhaltenstherapie wird es als sinnvoll erachtet auch die Eltern mit einzubeziehen und gemeinsam mit den Eltern Lösungen für die Verhaltensprobleme des Kindes zu erarbeiten (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87).

Der schulpsychologische Dienst:

Sollten neben den Verhaltensauffälligkeiten auch Leistungsprobleme in der Schule auftreten, so kann es hilfreich sein, den schulpsychologischen Dienst hinzuzuziehen. Dieser führt diagnostische Untersuchungen durch und berät hinsichtlich der weiteren Beschulung des betroffenen Kindes (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.87).

3.2 Trainingsprogramme/Elternt raining

Die Elternschulung wird als Basisbaustein oder Basistherapie gesehen (vgl. Neuhaus; 1998, S. 101). *„Die Schulung der engsten Bezugspersonen des Kindes gilt als wesentlicher Baustein innerhalb der Therapie des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms. Diese Auffassung wird von internationalen Therapierichtlinien, sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gestützt“* (www.ads-kurse.de).

Die Beratung von Eltern und gegebenenfalls ein Elternt raining sind angemessen, um Informationen und entsprechende Hilfen zu vermitteln (z. B. Verstärkersysteme, Punktesysteme oder Erziehungshilfen beim Umgang mit Problemverhalten). Die Eltern sollen lernen das Kind anzunehmen, wie es ist (vgl. www.adhs-elterntraing-berlin.de). Im ADHS-Elternt raining erfahren die Eltern mehr über das Störungsbild ihres Kindes und die damit verbundenen Besonderheiten. Durch dieses Elternt raining können sie lernen, wie sie ihrem Kind helfen, die Defizite in der Selbstregulation zu mindern und seine Stärken positiv hervorzuheben und für sich und sein soziales Umfeld zu nutzen.

Oft hilft diese Interaktion, dass sich die Eltern von ihren eventuellen Schuldgefühlen lösen und ihr Kind bei den Therapien erfolgreicher unterstützen können. In dieser intensiven Zusammenarbeit lernen sie das oft schwierige Verhalten ihrer Kinder aus einem anderen Blickwinkel sehen. Eine veränderte Haltung dem Kind gegenüber kann ein Resultat der neuen Sichtweise sein. Das betroffene Kind spürt diese Veränderungen und reagiert in der Regel positiv darauf. Das Setzen von Grenzen, die richtige Kommunikation und die Stärken seines Kindes stetig fördern sind wichtige Grundsätze um das Familienleben auch perspektivisch harmonischer zu gestalten (vgl. www.adhs-elterntraing-berlin.de).

Das Elternttraining wird als wichtiger Baustein eines multimodalen Therapieansatzes empfohlen, weswegen das Training Eltern und Lehrer mit einbezieht, sowie eine Kooperation mit Ärzten ggf. Medikation nahelegt (vgl. www.lauth-schlottke.de).

3.3 Tipps und Regeln

Den Eltern wird bei der Erziehung eines ADHS-erkrankten Kindes sehr viel abverlangt. Das betroffene Kind braucht für seine optimale Entwicklung, in seinem Alltag, wesentlich klarere Strukturen als ein gesundes Kind. Dies erweist sich oft als nicht sehr einfach. Um die Probleme mit ihrem Kind nicht in der Öffentlichkeit austragen zu müssen ziehen sich Eltern oft aus dem sozialen Leben zurück. Sie fühlen sich allein gelassen, ratlos und abgekämpft. Nicht selten sind die Eltern mit der Erziehung ihres Kindes überfordert, da die ständigen Reibereien zu Erschöpfung führen. Des Weiteren ist die Erziehung eines aufmerksamkeitsgestörten/hyperaktiven Kindes mit einem erhöhten Zeit- und Nervenaufwand verbunden.

In den folgenden aufgeführten Punkten werden Eltern direkt angesprochen. Diese Punkte zeigen Möglichkeiten auf, welche den Umgang mit dem Kind vereinfachen sollen und die Eltern im Alltag entlasten können.

- *Stehen Sie hinter Ihrem Kind!*

Haben und zeigen Sie Geduld. Werden Sie sich dessen bewusst, dass ihr Kind in der Entwicklung eventuell verlangsamt ist und dass sich positive Entwicklungen nur über einen langen Weg einstellen können. Betonen Sie immer wieder die Stärken ihres Kindes und vermitteln Sie ihm stetig, dass Sie an ihr Kind glauben (vgl. lauth-schlottke.de).

„Dies sollte genauso für Lehrer, Erzieher, Verwandte, Nachbarn und alle jene verpflichtend sein, die längere Zeit mit dem Kind gen“ (www.lauth-schlottke.de)

- *Gewinnen Sie eine stabile innere Einstellung!*

Bei dem täglichen Kraftakt mit einem ADHS-betroffenem Kind, sollten Sie als Eltern versuchen eine innere Stabilität und Haltung zu gewinnen.

Es ist wichtig dass Sie ihre Energie für die wichtigen und schönen Dinge ihres Kindes einsetzen und nicht für die tägliche Bekämpfung des Problemverhaltens ihres Kindes (vgl. www.lauth-schlottke.de).

- *Schaffen Sie einen strukturierten Rahmen!*

Die Strukturierung ist wohl eines der wichtigsten und wesentlichsten Dinge im Leben mit einem ADHS-Kind. Schaffen Sie Klarheiten, Regeln und geben Sie feste Regeln und Routinen vor. Diese sollten sowohl von Ihnen als Eltern als auch von den Kindern eingehalten werden (vgl. www.lauth-schlottke.de).

- *Geben Sie klare Anweisungen!*

Geben Sie klare Aufforderungen und Anweisungen, damit keine Missverständnisse entstehen:

- *Benutzen Sie knappe und klare Worte!*
- *Unterlassen Sie offene oder versteckte Vorwürfe!*
- *Bleiben Sie sachlich!*
- *Lassen Sie vergangenes ruhen!*
- *Sprechen Sie von sich selbst und von eigenen Gefühlen!*
- *Formulieren Sie keine Frage "Würdest du bitte"!*

- *Sprechen Sie das Kind direkt an "du" oder "ich möchte, dass du ..." anstatt "wir müssen ..." oder "es soll ... gemacht werden". Falls Ihr Kind es nicht verstanden haben sollte, fordern Sie es auf, zu wiederholen was zu tun ist (www.lauth-schlottke.de)*

- *Lenken Sie das Kind durch Lob und Anerkennung! (www.lauth-schlottke.de)*

Gerade für den Aspekt der positiven Bestärkung empfehlen viele Ärzte und Therapeuten das sogenannte „Belohnungssystem“ (vgl. Ettrich: 2013, S.30).



Abb. 3 (www.elternwissen.com)

Als Beispiel eines Belohnungssystems dient die Belohnungsschnecke. Diese soll beim Kind zusätzlichen Anreiz schaffen, ein gewünschtes Verhalten zu zeigen. Durch die Bestärkung des positiven Verhaltens, in dem Fall darf es sich einen Punkt an der Schnecke ausmalen, ist es wahrscheinlicher, dass das Kind das gewünschte Verhalten auch in Zukunft häufiger zeigt und im Optimalfall das Negative ablegt. Besonders empfehlenswert ist diese Variante bei Aufgaben und Anforderungen, die dem Kind besonders schwer fallen. Jeder neu ausgemalte Punkt ist eine neue Motivation und stärkt Schritt für Schritt das Selbstvertrauen (vgl. www.elternwissen.com).

- *Denken Sie auch mal an sich selber!*

In all den „*Kontroversen*“, wie man seinem Kind die bestmögliche Hilfe und Unterstützung bieten kann, werden die Bedürfnisse der Eltern nur zu oft ignoriert.

In einer von Armstrong benannten Studie, berichteten betroffene Eltern über depressive Gefühle. Sie gaben sich selbst die Schuld an den Problemen ihres Kindes, fühlten sich ausgeschlossen und völlig unfähig in der Erziehung ihres Kindes. Dieser Erkenntnis zufolge benötigen Eltern mit ADHS – diagnostizierten Kindern, möglicherweise genauso viel Hilfe wie deren Kinder selbst. Es ist wichtig, dass diese Eltern lernen für sich selber Sorge zu tragen und gegebenenfalls sich auch um Unterstützung in ihrem Umfeld bemühen (vgl. 2002; Armstrong, S. 211-212).

„Ruhige, glückliche und in sich gefestigte Eltern sind wesentlich besser in der Lage, adäquat auf schwierige Verhaltensweisen ihrer Kinder zu reagieren, als Eltern, die selbst leicht wütend werden oder ängstlich und unsicher sind“ (Armstrong; 2002, S.212).

Es gibt verschiedene Möglichkeiten für sich selbst zu sorgen. Die schnellste und direkteste Methode besteht darin, zu lernen in Konfliktsituationen mit dem Kind, Spannungen abzubauen. Oftmals helfen schon ein paar tiefe Atemzüge, um momentanen Stress zu verringern und seinem Kind nicht wütend gegenüber zustehen.

Weiterhin ist es wichtig, dass ein Teil des Lebens unabhängig von dem des Kindes bleibt. In diesem Zuge, ist es von großem Vorteil sich Freiräume zu schaffen und Aktivitäten nachzugehen, die zu persönlicher Zufriedenheit verhelfen (vgl. 2002; Armstrong, S. 212).

Nehmen Sie sich, wann immer es möglich ist, eine kleine Auszeit.

3.4 Möglichkeiten der Selbsthilfe

Trotz vieler Hilfsangebote, wie Elterntraining, Therapien, Beratungsstellen etc., ist die Selbsthilfe ein wichtiger Aspekt. Oft haben Eltern den Schlüssel zur Lösung ihrer Probleme selbst in der Hand (vgl. Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl; 1999, S.85).

Bei dem Versuch sich selbst zu helfen, kann zum Beispiel der Austausch in einer Selbsthilfegruppe sehr hilfreich sein. Auch für das Anlesen wichtiger Informationen über das Krankheitsbild des ADHS, gibt es zahlreiche Fachliteratur und Internetseiten.

Dieser Abschnitt der Arbeit bietet einen kleinen Einblick über hilfreiche Fachbücher, Internetadressen und Selbsthilfegruppen, an die sich betroffene Familien wenden können.

Literaturempfehlung:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom – was bedeutet das?; Köln
- Armstrong T. (2002); Das Märchen vom ADHS-Kind – 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern-ohne Zwang und ohne Pharmaka; Junfermann Verlag, Paderborn

Internetseiten:

- http://www.ads-hyperaktivitaet.de/Links/hauptteil_links.html
- <http://www.ads-ev.de>
- <http://www.bvah.de>
- <http://www.ads-hyperaktivitaet.de>
- <http://www.auek.de>
- <http://www.juvenus.de>
- <http://eigen-sinn.homepage.t-online.de>

medizinisch-psychologische Fachinformation Online:

- <http://www.adhs.ch>
- <http://www.ag-adhs.de>
- <http://www.hyperaktiv.de>
- <http://kinderaerzte-lippe.de/sonnennote.htm>

engagierte Laienseiten und Internetforen:

- <http://www.adhs.de>

- <http://adlerseiten.de.vu>
- <http://www.ads-ev.de>

(Neuhaus; 2007, S.138-139)

Selbsthilfegruppen in Deutschland:

AdS e.V. Elterninitiative zur Förderung von Kindern; Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit/ohne Hyperaktivität, Postfach 1165, 73055 Ebersbach, <http://www.ads-ev.de>, E-Mail: gcschaefststelle@ads-ev.de

Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V. (AÜK), Postfach 410724, 12117 Berlin, Tel. 030/ 85605902, Fax. 030/ 85605970, <http://www.auek.de>, E-Mail: bv.auek@t-online.de

Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. (BV-AH), Postfach 60, 91291 Forchheim, Tel. 09191/ 34874, Fax. 09191/ 34874, <http://www.bv-ah.de>, E-Mail: bv-ah@t-online.de

4 Versorgungsbedürfnisse der Eltern mit ADHS-betroffenen Kindern (Auswertung Fragebogen)

In diesem Punkt möchte diese Arbeit auf die Meinung und die Auswertung der bereits in der Einleitung erwähnten Fragebögen kommen. Die Fragebögen wurden in Vorbereitung des Themas „ADHS – ausreichende oder mangelnde Hilfen für betroffene Eltern“ entwickelt und erstellt. Diese wurden an zwei verschiedene Institutionen verteilt. Hierbei wurde die 60. Grundschule und die Schule der Erziehungshilfe Leipzig gewählt. Zu beiden Einrichtungen, besteht seitens der Autorin dieser Arbeit enger Kontakt und das Wissen, dass Kinder mit der bestehenden ADHS-Diagnose diese Schulen besuchen. Um die Anonymität der betroffenen Eltern zu wahren,

wurden jeweils 15 Exemplare an die pädagogischen Fachkräfte übergeben und später an die entsprechenden Eltern weitergeleitet.

Methode²:

Die Methode des Fragebogens wurde gewählt, um zielsicher die Zufriedenheit der Eltern bezüglich der angebotenen Hilfsmöglichkeiten zu erfahren und eine eventuelle Über- oder Unterversorgung zu ermitteln.

Der Vorteil des Fragebogens besteht darin, dass er von den Eltern anonym ausgefüllt und zurückgegeben werden kann und der Fragende den Befragten nicht bewusst oder unbewusst hinsichtlich der Antworten manipulieren kann. Beim Fragebogen bietet sich für den Befragten darüber hinaus noch die Möglichkeit, die Fragen gegebenenfalls mehrere Male durchzulesen und den Aspekt einer unüberlegten Antwort auszuschließen. Bei der Methode des Fragebogens spielt die Formulierung der Fragen eine wichtige Rolle. Deshalb ist notwendig, die Fragen möglichst verständlich und präzise zu formulieren, um die Motivation des Befragten für die Teilnahme an der Umfrage zu heben. Nur so wird gewährleistet, dass die Fragebögen ausgefüllt werden, und eine hohe Rücklaufquote bestehen bleibt.

Ziel:

Ziel des Fragebogens war es, den Versorgungsbedarf und die Versorgungsbedürfnisse der Eltern mit ADHS – erkrankten Kindern zu ermitteln. Über die Zufriedenheit der bislang angebotenen und in Punkt 2 und 3 beschriebenen Interventionen lässt sich bis heute nur spekulieren. Trotz der hohen Prävalenz gibt es in Deutschland bisher keine veröffentlichten Studien zu diesem Thema.

Auswertung:

² Nach dem Buch „Qualitative Sozialforschung“

In der Auswertung der Bögen ließ sich feststellen, dass der Anteil der erkrankten Jungen deutlich höher war, als der Anteil der erkrankten Mädchen.

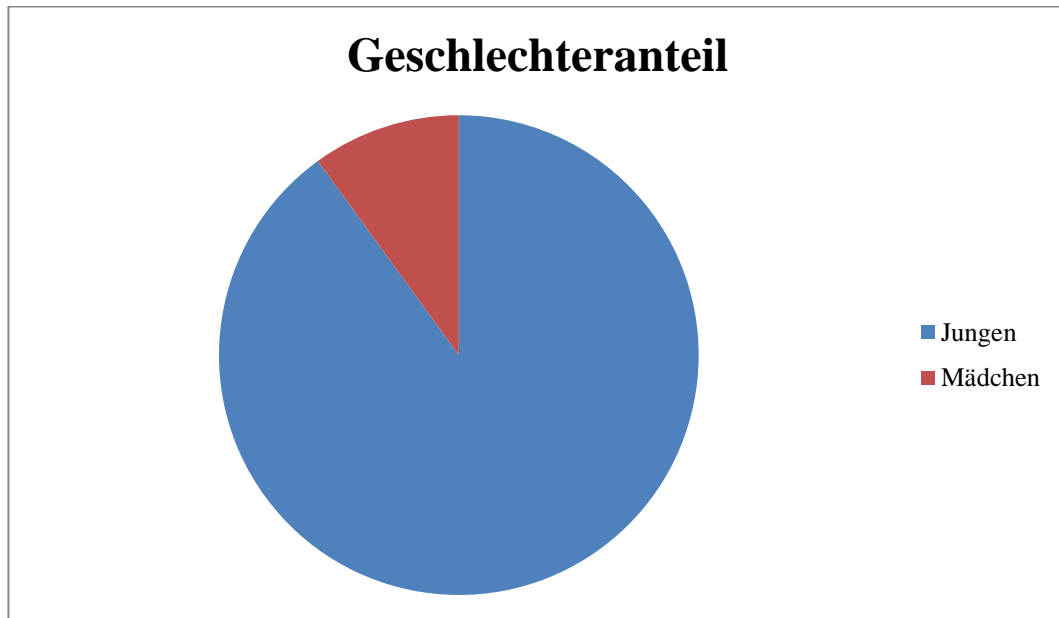


Abb. 4 (Stannarius)

In 18 von 20 befragten Familien, war das betroffene Familienmitglied männlichen Geschlechts und bestätigt somit die in Punkt 1.1 beschriebene Prävalenz.

Durchschnittlich wurden ADHS - typische Veränderungen/Symptome erstmalig im Vorschulalter von ca. 4 Jahren an den Kindern festgestellt. Als typische Merkmale gaben alle Eltern eine Veränderung des Verhaltens (z.B. plötzliche Wutausbrüche, Beschimpfungen) an und eine sich entwickelnde Aggressivität gegenüber Dritter. Der Großteil der Eltern bekam erste Hinweise einer eventuellen ADHS – Erkrankung von den Erziehern im Kindergarten und suchte daraufhin den behandelnden Kinderarzt auf.

In dieser Phase fühlten sich die Mehrheit der Eltern rat- und hilflos und gaben sich die Schuld an dem negativen Verhalten ihres Kindes. Erst eine endgültige Diagnose durch den Kinder- und Jugendpsychiater schaffte eine Erleichterung.

Nur 30 Prozent der befragten Eltern empfanden die Diagnose als Schock und hatten Angst vor dem „Neuen“ und wussten zunächst nicht wie es weiter gehen soll.

Auf die Frage, wo Eltern nach der Diagnose die bestmögliche Unterstützung erhielten kam es zu folgendem Ergebnis:

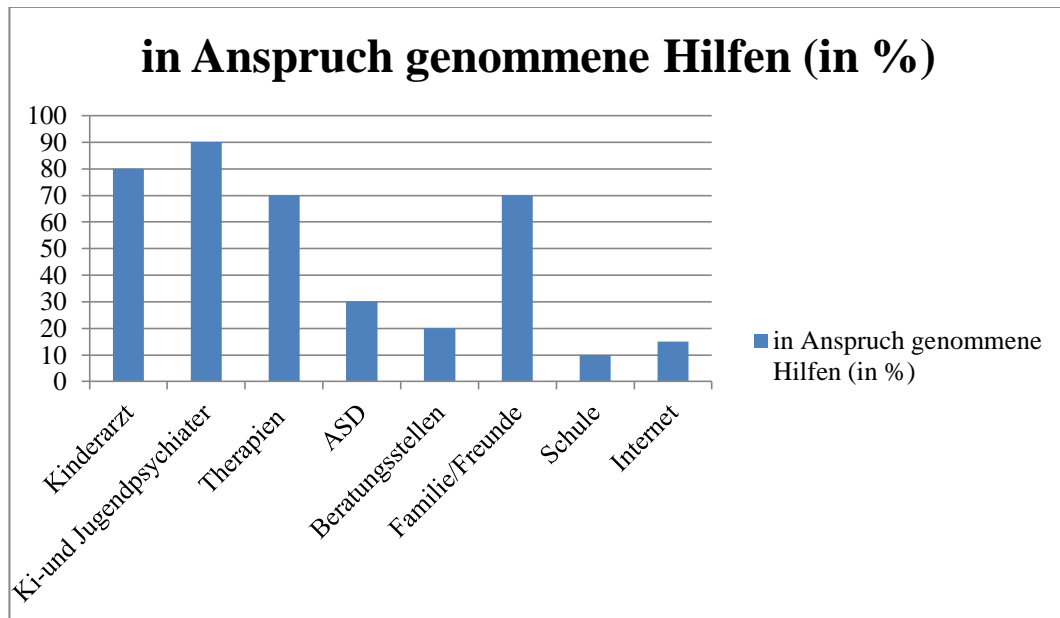


Abb. 5. (Stannarius)

Aktuell werden die befragten Eltern mit Psychotherapie, Ergotherapie und Gruppensitzungen versorgt.

Die Qualität der Versorgung weist; laut Aussage der Eltern, Lücken bei der Information über Behandlungsmöglichkeiten und der ausreichenden Information über das Störungsbild ADHS auf.

Aufmerksam geworden sind die Eltern, laut Angaben, durch den behandelnden Kinderarzt oder den Kinder- und Jugendpsychiater. Das Internet spielte bei der Suche nach einer geeigneten Intervention keine wesentliche Rolle.

Großen Wert legten die Eltern auf die Unterstützung der Familie und Freunde. In diesem Zusammenhang sprachen sie von langen Wartezeiten in den einzelnen Praxen und die Schwierigkeit kurzfristig einen Termin im ASD, bei Beratungsstellen etc. zu bekommen. Termine beim Spezialisten korrelieren oftmals mit den Arbeitszeiten der Eltern und hätten ohne die Hilfe der Familie kaum wahrgenommen werden können. An dieser Stelle

lässt sich vermuten, dass der stetige Zuwachs der ADHS-Diagnosen in den vergangenen Jahren nicht mit den vorhandenen Angeboten einhergeht. Angebot und Nachfrage scheinen noch weit auseinander zu stehen. Schon Hartmann äußerte, dass Erziehungsberatungsstellen bei weitem noch nicht der steigenden Zahl der betroffenen Familien angepasst und personell oft nur ungenügend ausgestattet sind. Lange Wartezeiten auf einen freien Termin erschweren Eltern den Entschluss, sich hier um Unterstützung zu bemühen (vgl. Hartmann, 1997, S. 50-51). Dies scheint sich in den letzten 16 Jahren nicht grundlegend verbessert zu haben.

Im Abschluss des Fragebogens wurde nach den Versorgungsbedürfnissen der Eltern gefragt. Welche Hilfen und Unterstützungen würden sie sich für sich selbst und ihr Kind wünschen. Aufgefallen ist, dass der Großteil der gegebenen Antworten sich mit den bereits bestehenden Möglichkeiten und Interventionen gleicht. So wünschten sich Eltern zum Beispiel spezielle Trainingsprogramme und Schulungen für den besseren Umgang im Alltag mit ihrem Kind. Eine geringe Aufklärung und ein zäher unzureichender Informationsfluss lassen sich an dieser Stelle vermuten.

Auch die Zusammenarbeit mit der Schule zeigte in dieser Untersuchung große Lücken. Der Wunsch nach mehr Professionalität seitens der Lehrer wurde sehr deutlich. Laut der befragten Eltern verfügen Fachkräfte, in der Zeit der stetig wachsenden ADHS-Betroffenen, über zu wenig Fachwissen und Kompetenz. Dieses Fachwissen und der richtige Umgang mit diesen Kindern, sollten grundlegend im Lehramtsstudium verankert sein und bei Weiterbildungen stetig aufgefrischt werden.

Ein weiteres Problem sahen die Eltern in den Mitarbeitern in den entsprechenden Ämtern und Behörden. So äußerten diese sehr unprofessionelle Bemerkungen und schüchterten die Eltern ein. Äußerungen wie *„Sie wissen wohl nicht was das kostet?“* und *„soll ich Ihnen diese Behandlungen mal vorrechnen?“* scheinen keine Einzelfälle zu sein.

Weitere Defizite konnten in der kleinen Untersuchung nicht festgestellt werden.

Die Stichprobe war mit 30 befragten Eltern und einem Rücklauf von 20 Fragebögen relativ gering so dass die Ergebnisse in dieser Hinsicht nur richtungsweisend sein können und zu einer größeren Erhebung Anlass geben.

5 Fazit

Ziel dieser Arbeit war es, eine kleine Studie über die Hilfsangebote für ADHS-erkrankte Kinder und die Möglichkeiten der Hilfe für deren Eltern durchzuführen. Denn trotz der hohen Prävalenz gibt es in Deutschland bisher keine veröffentlichten Studien zu diesem Thema.

In dieser Studie fand eine Befragung aus Elternperspektive über die derzeitigen Hilfen für ihre Kinder statt. Der Versorgungsbedarf und die Versorgungsbedürfnisse der Familien wurden in einer Elternbefragung erhoben, da nicht die Qualität der Versorgung aus Sicht der Kinder/der Patienten Thema der Arbeit war, sondern aus Sicht der Eltern.

Wie im Punkt 1.5 beschrieben ist ADHS eine Beeinträchtigung aufgrund neurobiologischer Besonderheiten in der Informationsverarbeitung und in der Steuerung des Verhaltens, das die Bewältigung von Anforderungen häufig schwierig macht. Eine frühzeitige und beständige Hilfestellung ist für ADHS-Kinder grundlegend. Die Eltern spielen hierbei die wichtigste Rolle. Diese Unterstützung können Eltern aber nur gewährleisten, wenn sie Gelegenheit erhalten, die ADHS-Problematik umfassend zu verstehen und therapeutisch-effiziente Hilfen praxisnah kennen lernen und diese in den Alltag integrieren.

Die Untersuchung bestätigte, dass es äußerst wichtig ist, die Eltern bei der Versorgung ihrer Kinder mit einzubeziehen. Trotz offensichtlich ausreichender Angebote gab es von seitens der Eltern erhebliche Versorgungslücken und Veränderungsbedarf. Ein wichtiger Punkt wäre an dieser Stelle die Terminierung bei einem Experten. Zu lange Wartezeiten erschweren den Eltern den Weg um Unterstützung zu bitten. Ob es an einem erheblichen Fachkräftemangel oder an der stetig steigenden ADHS-Ziffer liegt, konnte in dieser Studie nicht aufgedeckt werden.

Auch die Ausbildung der Fachkräfte, über das Krankheitsbild ADHS, wurde als Defizit in dieser Befragung benannt. Viele Eltern wünschten sich mehr Professionalität sich selbst gegenüber und nicht die in erfahrungsgemäße „billige“ Abfertigung und Maßregelung. Auch Erzieher und Lehrer, sollten

neben den Eltern, ausreichend über das Krankheitsbild geschult werden, um den Eltern beratend zur Seite stehen zu können.

Für die Eltern wäre es empfehlenswert, sich nach der Diagnosestellung und vor dem Therapiebeginn mit einer Selbsthilfegruppe für ADHS und einer Erziehungsberatungsstelle über mögliche Behandlungen für das Kind und seine Familie zu erkundigen. Wirksame Maßnahmen sind, wie in Kapitel 2 und 3 beschrieben, verhaltenstherapeutische Elterntrainings in Kombination mit einer ressourcenorientierten und gegebenenfalls systemisch ausgerichteten Behandlung, die eine Medikation für das betroffene Kind mit einschließen kann.

Die Ergebnisse dieser Studie, hinsichtlich der von den Eltern genannten Versorgungslücken, bieten Anlass für weitere Forschungen. Auch wurden in dieser Untersuchung ausschließlich die Bedürfnisse und Wünsche der Eltern berücksichtigt. In einer weiteren Studie, könnten jedoch die Bedürfnisse aus Sicht der Kinder überprüft werden.

6 Literaturverzeichnis

Fachliteratur:

Armstrong T. (2002); Das Märchen vom ADHS-Kind – 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern-ohne Zwang und ohne Pharmaka; Junfermann Verlag, Paderborn

Boeglin, M. (2007); Wissenschaftlich arbeiten – Schritt für Schritt. Gelingen und effektiv studieren; Wilhelm Fink Verlag, München

Brandau H., Kaschnitz W. (2008); ADHS im Jugendalter – Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit; Juventa Verlag, München

Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl (1999); Wackelpeter und Trotzkopf – Hilfen bei hyperkinetischen und oppositionellem Verhalten; Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim

Heinemann E., Hopf H. (2006); ADHS - Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Theorie und Therapie; W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Hüther G., Bonney H. (2005); Neues vom Zappelphilipp – ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln; Walter Verlag, Düsseldorf und Zürich; 6. Aktualisierte Auflage

Klein M., Klein J. (2003); Bindung, Selbstregulation und ADS – Eltern und Kinder in Krisen mit Zutrauen begleiten; Verlag modernes lernen, Dortmund

Lauth, Schlottke (1995); Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern - Diagnostik und Therapie; Psychologie Verlags Union, Weinheim, 2.korr. Auflage

Neuhaus C. (2007); ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Neuhaus C. (1998); das hyperaktive Kind und seine Probleme; Urania-Ravensburger Verlag, Berlin, 4.Auflage

Paal, D. (2007); ADHS – Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung; Herbig Verlagsbuchhandlung GmbH, München

Przyborski A., Wohlrab-Sahr M. (2009), Qualitative Sozialforschung – ein Arbeitsbuch; Oldenburg Wissenschaftsverlag GmbH, München, 2.Auflage

Von Loh S. (2003); Entwicklungsstörungen bei Kindern – medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe; W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Werning R. (1996); das sozial auffällige Kind – Lebensweltprobleme von Kindern und Jugendlichen als interdisziplinäre Herausforderung; Waxmann GmbH Verlag, Münster/New York; 2. überarbeitete Auflage

Fachzeitschriften/ Fachbroschüren:

Deutsches Ärzteblatt, 08.02.2013, Ärztereport 2013: Kasse stellt Boom bei ADHS-Diagnosen fest; Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dr. Sobanski E., (2012); ADHS – Patientenratgeber; Medice Pharma GmbH & Co KG, Iserlohn

Ettrich, C.; (2013); ADHS – Strukturen, Regeln, Konsequenzen, spielerische Förderung zu Hause; Medice Arzneimittel Pütter GmbH & co.KG, Iserlohn

Peters U. (2013); ADHS – was bedeutet; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Medice, (2013) ADHS- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung; Medice Pharma GmbH & Co KG, Iserlohn

Internet:

Falk-Frühbrodt C.; ADS Elterntraining; Online: www.ads-kurse.de/ads_elterntertraining.htm, eingesehen am 15.07.2013

Klinik Lüneburger Heide (2013); Psychotherapie bei ADHS; Online: www.klinik-lueneburger-heide.de/psychotherapie-bei-adhs.htm; eingesehen am 05.07.2013

Lauth; Infoportal Aufmerksamkeitstraining – Verhaltenstherapie bei Kindern mit ADHS; Online: <http://www.lauth-schlottke.de/adhs-info/verhaltenstherapie.php> ; eingesehen am 05.07.2013;

Walsdorff M.; ADHS; Online: <http://www.adhs-elterntraining-berlin.de>; eingesehen am: 12.07.2013

Schmelz A.; Kinder mit ADHS – die besten Erziehungstipps für Eltern; Online:<http://www.elternwissen.com/gesundheit/homoeopathie-fuer-kinder/art/tipp/adhs-eineherausforderungfreltern.html>; eingesehen am 15.07.2013

7 Abbildungsverzeichnis

Abb1:

Klein M., Klein J. (2003); Bindung, Selbstregulation und ADS – Eltern und Kinder in Krisen mit Zutrauen begleiten; Verlag modernes lernen, Dortmund

Abb2:

Hüther G., Bonney H. (2005); Neues vom Zappelphilipp – ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln; Walter Verlag, Düsseldorf und Zürich; 6. Aktualisierte Auflage

Abb3:

<http://www.elternwissen.com/fileadmin/content/magazin/konzentration/ADHS/Belohnungs-Schnecke.jpg>

Abb4:

Stannarius N. (2013); Geschlechterverhältnis (eigene Darstellung der Autorin)

Abb5:

Stannarius N. (2013); in Anspruch genommene Hilfen (eigene Darstellung)

9 Anhang

Nancy Stannarius – Hochschule Merseburg- Fachbereich Soziale Arbeit – Bachelorarbeit

Liebe Eltern,

ich, Nancy Stannarius, Studentin an der Hochschule Merseburg, möchte Sie im Rahmen meiner Abschluss-Bachelorarbeit, gerne um Ihre Mithilfe bitten. Zum Thema „ADHS bei Kindern – ausreichende oder mangelnde Hilfen für betroffene Eltern“ möchte ich gerne eine IST-Analyse erstellen, um auf eventuelle Lücken aber auch auf hilfreiche Hilfsangebote für betroffene Eltern, aufmerksam zu machen.

Sie, starke Eltern die den täglichen Kraftsport mit ihrem geliebten Kind auf sich nehmen, wissen am ehesten wo und in wie weit vorhandene Angebote für ADHS Kinder, hilfreich und nützlich sind. Auch kennen Sie die täglichen Hürden und Schwierigkeiten die jeden Tag aufs Neue überwunden werden müssen.

Bitte unterstützen Sie mich in meiner wissenschaftlichen Recherche und füllen die unten aufgeführten Fragen sorgfältig aus. Alle Ihre Angaben bleiben stets anonym und werden vertraulich behandelt. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne unter: 0177/4283731 zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Nancy Stannarius

Fragebogen

Alter des Kindes :

Geschlecht des Kindes:

1. In welchem Alter stellten Sie ADHS-typische Veränderungen/Auffälligkeiten an Ihrem Kind fest?

2. Welche Veränderungen bzw. Auffälligkeiten waren das?

3. Wer stellte die Diagnose ADHS? (Kinderarzt, Ki-u.Ju.psychatrie...)

4. Nach der Diagnose, war es für Sie erst mal ein Schock oder eine Erleichterung der Gewissheit und warum?

5. Welche Hilfsangebote können Sie oder haben Sie in Anspruch genommen?

6. Wie sind Sie auf die Hilfsangebote aufmerksam geworden?

7. Wie lange haben Sie gebraucht um das für Sie passende Angebot zu finden?

8. Fühlen Sie sich mit Ihrer „Diagnose“ alleingelassen oder fühlen Sie sich gut unterstützt? Bitte begründen Sie!

9. Wo gibt es Ihrer Meinung nach erheblichen Veränderungen bzw. Verbesserungsbedarf?
Bitte begründen Sie!

10. Wenn Sie einen Wunsch für ein Angebot frei hätten, welcher wäre das?

Vielen Dank

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen bis zum 17.06.2013 bei den Erziehern im Hort
ab!