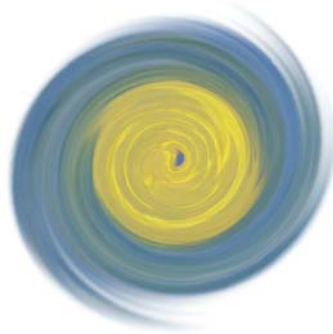


ADHS in der Beratungspraxis

Facharbeit „Kinder und Jugendberaterin“
für die Paracelsusschule Tübingen

im April 2009



Angelika Gutbrod
Heilpraktikerin (Psychotherapie)
Tuttlinger Strasse 18
70619 Stuttgart
Tel: 0711-88271681
E-mail: angelika@gutbrod.com

ADHS in der Beratungspraxis

1. ADHS Allgemein

- 1.1. Entwicklung von ADHS in den letzten 40 Jahren
- 1.2. Ätiologie
- 1.3. Epidemiologie

2. ADHS Erscheinungsmerkmale

- 2.1. Störungen der Aufmerksamkeit
 - 2.1.1. Selektive Aufmerksamkeit
 - 2.1.2. Daueraufmerksamkeit
- 2.2. Impulsivität
- 2.3. Hyperaktivität

3. Klassifikation

- 3.1. Allgemein
- 3.2. ICD 10 / DSM IV
 - 3.2.1. Hyperkinetische Störung F90/ICD 10
 - 3.2.2. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F 90.0
 - 3.2.3. Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F90.1
 - 3.2.4. Sonstige Hyperkinetische des Sozialverhaltens F90.8
 - 3.2.5. DSM IV

4. Komorbiditäten

- 4.1. Komorbiditäten im Kindesalter
- 4.2. Komorbiditäten im Erwachsenenalter

5. Behandlungs-/Therapieformen

- 5.1. ADHS Behandlungsbedürftigkeit
- 5.2. Multimodale Behandlungsformen
 - 5.2.1. Allgemeine Interventionsmöglichkeiten
 - 5.2.2. Medikation
 - 5.2.3. Psychotherapie

6. ADHS in der Beratungspraxis

6.1. Aufgaben einer Beratungspraxis

6.1.1. Erstgespräch

6.1.2. Testverfahren und Fragebögen zur Unterstützung der
Diagnosestellung

6.1.3. Weiterer Verlauf der Beratung

7. Literaturangaben

8. Anhang

d2 Konzentrationstest

Selbstbeurteilungsbogen HKS

Fremdbeurteilungsbogen HKS

Pressemitteilung Bad Boll ADHS Tagung 2003

Artikel Kinder-Koks

ADHS in der Beratungspraxis

1. Allgemein

Hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten sind die häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter. Deswegen stellen diese Störungen den häufigsten Anlass für die Vorstellung eines Kindes beim Psychotherapeuten, in Erziehungsberatungsstellen, schulpсихologischen Einrichtungen und kinderpsychiatrischen Einrichtungen dar. Bei der Hälfte aller vorgestellten Kinder treten hyperkinetische und/oder oppositionelle Auffälligkeiten auf, sehr oft auch gemeinsam. Wegen der hohen Überschneidung werden beide Störungsformen auch unter dem Begriff der externalen Verhaltensstörungen oder expansiven Auffälligkeiten zusammengefasst.

1.1. Entwicklung von ADHS in den letzten 40 Jahren

ADHS – die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist heutzutage in aller Munde, vor allem bei denen, die Kinder im Schulalter haben. Das heißt jedoch nicht, dass es ADHS früher nicht gegeben hat, nur wurden früher solche Kinder als neurotisch bezeichnet, dann wurde der Begriff „minimale zerebrale Dysfunktion“ geprägt, welche jedoch nicht die Intelligenz betraf sondern die Kontrolle der Impulsivität, Aufmerksamkeit und Motorik. Später wurde dann die Symptomatik als „frühkindlich exogenes Psychosyndrom“ bezeichnet. Auch heute noch gibt es den Begriff POS – psychoorganisches Syndrom in der Schweiz. Seit ca. 40 Jahren gibt es den Begriff ADHS. Beispiele, dass es ADHS auch schon früher gegeben hat, finden wir in unserer Kinderliteratur: „Der Zappelphilip“ oder „Michel aus Lönneberga“.

Unterschieden wird heute:

ADHS oder (engl.) ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder)

ADS oder (engl.) ADD (Attention deficit disorder).

Bei Beiden geht es um ein Aufmerksamkeitsdefizit, jedoch bei ADHS kommt zusätzlich die Hyperaktivität hinzu. ADHS wird häufig auch als HKS bezeichnet, Hyperkinetische Störung.

So wie sich die Bezeichnung von ADHS über viele Jahrzehnte erst entwickelt hat, so musste sich auch die Akzeptanz der Symptomatik und daraus folgenden Diagnosestellung entwickeln. Heute haben wir viele Ärzte, Heilpraktiker, Lehrer und Eltern, die die Diagnose gerne und schnell stellen, aber auch solche die Schwierigkeiten haben, eine solche Diagnose zu stellen, aus Angst ein Kind zu etikettieren.

1.2. Ätiologie

Über die Ätiologie wird immer noch diskutiert (siehe beiliegenden Auszug von der ADHS Tagung 2003 in Bad Boll), man spricht jedoch vorrangig von einem multifaktoriellen Störungsbild. Man spricht von einer hohen bis zu 80% genetischen Veranlagung, sowie von psychosozialen Faktoren und Umweltbedingungen, die eine Rolle spielen.

Auf neurobiologischer Ebene spricht man von einer striofrontalen Dysfunktion. Da die Diagnostik von ADHS-lern meist erst nach einem langen Leidensweg geschieht, ist man sich jedoch nicht im Klaren, ob die Dysfunktion im Gehirn als erstes da war, oder ob sie eine Folge der Umstände ist. (Wer war zuerst da, das Ei oder das Huhn). Bisher findet man in allen Büchern und Zeitungsartikeln noch unterschiedliche Aussagen betreffend der Ursache.

1.3. Epidemiologie

Die Zahlen der Prävalenz sind sehr unterschiedlich. Allgemein geht man von ca. 3-5% der Schulkinder aus, wobei ca. 80% Jungen betroffen sind. Zwischen 30% und 70% der ADHS betroffenen Jugendlichen behalten die Störung auch im Erwachsenenalter bei (Persistenz). ADHS im Erwachsenenalter ist seit 1995 bekannt und in Deutschland seit 2003 anerkannt.

2.0. ADHS Erscheinungsmerkmale

2.1. Störungen der Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit ist ein schwieriges und schlecht definiertes Konstrukt. Bei hyperkinetischen Störungen ist die Unterscheidung zwischen selektiver Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit von Bedeutung:

- 2.1.1. Selektive Aufmerksamkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf aufgabenrelevante Reize zu fokussieren und irrelevante Reize zu ignorieren. Ablenkbarkeit ist ein Zeichen verminderter selektiver Aufmerksamkeit.
- 2.1.2. Daueraufmerksamkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf eine Aufgabe über die Zeit aufrecht zu erhalten. Bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen sind beide Formen der beeinträchtigten Aufmerksamkeit zu beobachten.

2.2. Impulsivität

Der Begriff der kognitiven Impulsivität bezeichnet die Tendenz, dem ersten Handlungsimpuls zu folgen und eine Tätigkeit zu beginnen, bevor sie hinreichend durchdacht oder vollständig erklärt worden ist. Daneben steht häufig eine motivationale Impulsivität: Die Kinder haben enorme Schwierigkeiten, Bedürfnisse aufzuschieben und abzuwarten, bis sie an der Reihe sind.

2.3. Hyperaktivität

Hyperaktivität bezeichnet eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität, exzessive Ruhelosigkeit, die besonders in Situationen auftritt, die relative Ruhe verlangen. Dieses anhaltende Muster exzessiver motorischer Aktivität erscheint durch die soziale Umgebung, beispielsweise durch Aufforderungen, als nicht durchgreifend beeinflussbar.

3.0. Klassifikation

3.1. Allgemein

ADHS existiert als psychiatrische Diagnose. Dies bedeutet jedoch nicht:

- Das Kind hat eine schwere Krankheit im Sinne eines unveränderlichen Schicksals.
- Die Ursache für die Störung muss eine organische sein.
- Das Kind muss zwangsläufig Medikamente bekommen.

Die Diagnose bedeutet zunächst nur, dass sich das problematische Verhalten des Kindes am besten mit dem Begriff ADHS beschreiben lässt.

3.2. DSM IV und ICD 10

Das Kapitel Hyperkinetische Störungen F 90 wird im ICD 10 vorrangig in Deutschland zur Diagnosestellung herangezogen, das DSM IV dient in Deutschland vorrangig zu Forschungszwecken. In den letzten Jahren wurde jedoch viel darüber diskutiert, dass man die Subtypen im ICD 10 erweitern muss.

3.2.1. Hyperkinetische Störungen F 90 /ICD 10

Die Diagnosekriterien für Hyperkinetische Störungen findet man unter F 90 Verhaltens- und emotionale Störungen im ICD 10. Die Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen. Hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv und neigen zu Unfällen oder werden für Unachtsamkeit bestraft. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Sie sind häufig von anderen Kindern isoliert und unbeliebt. Spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor.

3.3.1. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0

Mindestens sechs Monate lang, mit einem Beginn vor dem 7. Lebensjahr müssen verschiedene Symptome aus den verschiedenen Bereichen bestanden haben um die Diagnose „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ stellen zu können. Die Beobachtung der Kinder erfolgt in mehreren Systemen (Familie, Schule, Vereine...)

Untergliederung der Diagnosekriterien:

- ! Unaufmerksamkeit (mind. sechs Symptome)
- ! Überaktivität (mind. drei Symptome)
- ! Impulsivität (mind. ein Symptom)

Ausschluss: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)

3.3.2. Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F90.1/ICD 10

Unter F90.1. finden wir die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, die gestellt werden kann, wenn die allgemeinen Kriterien von F90 und F91 Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind.

Die Störung des Sozialverhaltens F91 ist charakterisiert durch ein anhaltendes Muster an dissozialem, aggressivem und aufsässigem Verhalten. Ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche sind Verhaltensweisen die zur Diagnose führen.

3.3.3. Sonstige Hyperkinetische Störungen F90.8

Auch wenn diese Klassifikation nicht weiter im ICD 10 ausgeführt ist, so wird hierunter vor allem die Hypoaktivität klassifiziert, ADS. Die Betroffenen haben eine Aufmerksamkeitsstörung, jedoch keine Hyperaktivität.

3.3.4. DSM IV

Das ICD 10 und das DSM IV sind sehr ähnlich aufgebaut, allerdings gibt es beim DSM IV auch Subtypen. So können im DSM IV folgende Diagnosen gestellt werden:

- ! Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Mischtyp
- ! Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend unaufmerksamer Typ
- ! Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

4.0. Komorbiditäten

Wenn im Kindes- und Jugendalter ADHS nicht diagnostiziert wird und das Verhalten der Eltern, Lehrer und anderen Systemen nicht auf die Diagnostik abgestimmt sind, so kann es durch viele Frustrationen zu weiteren, gleichzeitig auftretenden Störungen kommen.

4.1. Komorbiditäten im Kindesalter

Bei ADHS sind dies im Kindesalter vorrangig

- Störung des Sozialverhaltens
- umschriebene Entwicklungsstörungen (Lese-Rechtschreibstörung, Isolierte Rechtschreibstörung, Dyskalkulie, kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten)
- emotionale Störungen
- Tic-Störungen
- Negatives Selbstkonzept, depressive Störungen
- Angststörungen
- Beeinträchtigte Beziehungen
- Sprach- und Sprechstörungen
- Zwangsstörungen

4.2. Komorbiditäten im Erwachsenenalter

Speziell auch bei den Erwachsenen treten häufig Komorbiditäten auf, vor allem auch dadurch bedingt, dass viele der heutigen Erwachsenen im Jugendalter nicht behandelt wurden, und die Diagnose erst seit 2003 bei Erwachsenen gestellt wird. D.h. dass vorher die Komorbiditäten behandelt werden konnten, aber nicht das ganze Syndrom behandelt wurde.

- ! hohes Suchtpotential
- ! Affektive Störungen (Manie, bipolare Störungen und auch Depressionen)
- ! Angststörungen
- ! Persönlichkeitsstörungen
- ! Somatisierungsstörungen

5.0. Behandlungs-/Therapieformen

5.1. ADHS Behandlungsbedürftigkeit

Der leicht Betroffene hat zwar biologisch und genetische Prädispositionen, bei ihm ist jedoch die Symptomatik nicht so stark ausgeprägt. Er verfügt über eine höhere Kreativität und ist etwas weniger impulsgehemmt als normal und kann sich nicht so gut konzentrieren wie andere Menschen. Er ist nicht behandlungsbedürftig. Eine frühzeitige Information des Betroffenen und seines Umfeldes über ADHS sowie eine psychosoziale Hilfestellung wäre jedoch wichtig. Hierdurch können negative Symptome abgeschwächt und die Entwicklung günstig beeinflusst werden.

Der mittelschwer Betroffene ist behandlungsbedürftig und leidet neben ADHS oft an Folgeerkrankungen. Komorbiditäten wie Störung des Sozialverhaltens oder Depressionen sind häufig. Das Suizidrisiko ist erhöht und die Wahrscheinlichkeit von Schulversagen und Versagen im Beruf nimmt ohne Behandlung zu.

Der schwer ADHS-Betroffene ist ohne Behandlung nur sehr schwer zu (re-) sozialisieren. Es besteht ein sehr hohes Risiko für Süchte, Störungen im Sozialverhalten und Abrutschen in die Kriminalität.

5.2. Multimodale Behandlungsformen

Ziel einer Behandlung ist, die unterschiedlich vorhandenen Potentiale auszuschöpfen, soziale Fähigkeiten auszubauen und eventuelle Begleitstörungen zu behandeln.

5.2.1. Allgemeine Interventionsmöglichkeiten

Psychoedukation – Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen, des Erziehers, Klassenlehrer etc.
Elterntraining in Gruppen und in der Familie (einschließl. Familientherapie)
Interventionen im Kindergarten/in der Schule, evtl. auch Schulwechsel, Frühförderung oder Vorschule. Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen (ab dem Schulalter) zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining).

5.2.2. Medikation

Die Medikation bei ADHS ist sehr umstritten. Vorrangiges Medikament ist Ritalin (Methylphenidat) welches seit 1959 eingesetzt wird und bei der Kurzzeitwirkung umfangreich untersucht wurde. Bei der Langzeitanwendung ist noch sehr umstritten, ob das Medikament negative Auswirkungen auf die Gehirnfunktionen hat und eventuell auch das Suchtpotential erhöht. Für Erwachsene ist erstaunlicherweise noch kein Medikament auf dem deutschen Markt, aber es können „off labels“ verschrieben werden. Die Medikamente für Erwachsene werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Dies ist anders bei Ritalin für Kinder und es wird darüber diskutiert, dass ein extremer Boom in diesem Bereich in den letzten Jahren ausgebrochen ist und einige Praxen sich nur mit der Verschreibung von Ritalin finanzieren können.

Die Medikamente sind ein wichtiger Bestandteil der Behandlungen von ADHS. Vor allem bei Kindern mit großer Hyperaktivität und Impulsivität, die meist dann auch aggressive Tendenzen haben, geht es oft nicht ohne Medikamente.

Angewendete Medikamente bei Kindern mit Methylphenidat

- Ritalin
- Concerta
- Medikined
- Stratera

Methylphenidat wirkt regulierend auf die Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin und sollte bei der richtigen Dosierung zu folgenden Wirkungsweisen führen, dass:

- das Abdriften, das Wegträumen abnimmt
- die Stimmung stabilisierter erscheint
- die Frustrationstoleranz größer wird
- das Kind/Jugendlicher/Erwachsener somit erreichbarer erscheint
- die Beobachtungs- und Umsetzungsgenauigkeit zunimmt
- das Herangehen an subjektiv schwierige und langweilige Aufgaben besser gelingt
- dabei nicht sofort auf Ablenkreize reagiert werden muss
- das Befolgen auf Regeln leichter gelingt
- sekundär die Unruhe abnimmt, so sie vorhanden ist
- sich die Leistung zum Teil auffallend verbessert

Oftmals wird jedoch durch die Medikation und durch die erreichte positive Wirkung, den Betroffenen bewusster, dass sie Defizite haben und Fehler machen. Oft werden die Kinder, Jugendlichen oder auch Erwachsene durch das Erkennen der tatsächlichen Situation, in der sie sich befinden, erst recht verzweifelt. Deswegen ist die Auseinandersetzung mit ADHS, das Einüben von Regeln, klare Strukturen und systematisches Vorgehen von großer Bedeutung.

Nebenwirkungen, Abhängigkeiten

- Appetitmangel
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen
- teilweise erhöhte Müdigkeit
- teilweise vermehrt Ängste
- manchmal Hautausschläge und Haarausfall

Gravierende Nebenwirkungen wie Morbus Parkinson, Alzheimer und Schizophrenie sind widerlegt worden.

Das Suchtpotential ist jedoch sehr umstritten. In mehreren Texten steht, dass keine Abhängigkeit durch Methylphenidat entsteht und auch das Suchtrisiko sich nicht dadurch erhöht.

Im Anhang findet sich ein Artikel über Ritalin – Kinderkoks!

Es gibt verschiedene Nebenwirkungen, wie Einschlafschwierigkeiten, Appetitminderung, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen. Daher müssen die Eltern ein Einnahmeprotokoll verfassen mit allen Begleiterscheinungen, um ein Kind zusammen mit einem Arzt richtig auf das Medikament einzustellen.

Bei Komorbiditäten wie Depressionen werden auch Antidepressiva verschrieben.

5.2.3. Psychotherapie

An erster Stelle steht die Verhaltenstherapie mit dem Thop Programm, welches sich vor allem auf die Verhaltensstörungen konzentriert.

Tiefenpsychologie wird nur bei Begleitstörungen und Folgeerkrankungen eingesetzt, oder wenn erhebliche Selbstwertprobleme und negative Selbstüberzeugungen vorhanden sind.

Familientherapie oder systemische Behandlungskonzepte haben einen hohen Stellenwert, da meist viele Systeme bei einer ADHS Störung mitbetroffen sind.

Coaching unterstützt die Betroffenen, setzt Ziele und versucht bei der Umsetzung zu helfen. Ein Coach ist Ansprechpartner bei Schwierigkeiten

Ergotherapie zur Unterstützung bei häufigen Schwierigkeiten mit der Grobmotorik

6.0. ADHS in der Beratungspraxis

Da Hausärzte oft überfordert sind und keine Zeit mehr für ihre Patienten haben, nehmen die Beratungsstellen einen immer größeren Stellenwert vor allem auch bei ADHS ein. Da ADHS nicht sofort diagnostiziert werden kann, wird viel Zeit benötigt, um eine Diagnose stellen zu können.

6.1. Aufgaben einer Beratungspraxis

6.1.1. Erstgespräch

Bei einem Erstgespräch wird die momentane Situation und die Entwicklung des Kindes abgeklärt. Viele Eltern stempeln ihr Kind vorschnell als ADHS –Kind ab. Dies muss in dem Erstgespräch genau betrachtet werden. Bei der Vermutung, es könnte sich um ein ADHS Kind handeln, wird mit den Eltern besprochen, ob sie mit einer Testung des Kindes einverstanden sind und ob schon eine somatische Untersuchung erfolgt ist. Zur Diagnosestellung sind folgende Verfahren unter Punkt 6.1.2.möglich. Die somatische Abklärung muss natürlich durch einen Arzt erfolgen.

6.1.2. Testverfahren und Fragebögen zur Unterstützung der Diagnosestellung

Um die Diagnose ADHS stellen zu können, gehören nachfolgende übliche ärztliche Untersuchungen:

- ! körperliche und neurologische Untersuchung
- ! EEG (Ableitung der Hirnströme)
- ! Basislaboruntersuchung (Blutbild, Leberwerte, Schilddrüsenwerte)
- ! augenärztliche und HNO-ärztliche Untersuchung
- ! psychiatrischer Befund

Weiterhin spielen speziell bei ADHS, Fragebögen (Eltern, Kindergarten, Schule) und verschiedene Tests eine wichtige Rolle. Nachfolgend sind einige aufgeführt und teilweise auch im Anhang beiliegend.

Anamnesefragebogen, Diagnostischer Elternfragebogen
Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher (FBB-HKS, beiliegend)
Selbstbeurteilungstests für Kinder (SBB-HKS, 11-18 Jahre, beiliegend)
Intelligenztests, z.B. Hawik (2,5 Std.), aber auch der Kurztest CFT 20 wird häufig angewendet
Aufmerksamkeitstests wie Z.B. KT 3-4 Klasse, TPK 3-4 Klasse oder (d2-beiliegend)

Differentialdiagnostische Tests

- Störung des Sozialverhaltens
- Depression
- Angststörungen

Die Fragebögen und Tests stellen auch eine wichtige Basis für eine Therapie dar. Speziell aus den Diagnostischen Elternfragebögen, sowie aus den Beurteilungsbögen für Kinder bzw. Eltern und Schule, Kindergarten etc. kann man sehr gut die momentanen Symptome des Kindes herauslesen und hat einen Ansatzpunkt für die Beratung.

Wichtig ist jedoch zu wissen, dass man die Testung durchführt und die Eltern die Auswertung für die Schule benützen möchten, dass nicht jede Schule diese anerkennt. Dies sollte vorher mit den Eltern abgeklärt werden, denn oft werden nur Auswertungen von Psychiatern und Psychologen anerkannt, die jedoch oft eine sehr lange Wartezeit haben.

Zudem werden die Kosten nicht von den Kassen ersetzt.

6.1.3. Weiterer Verlauf der Beratung

Nachdem die Diagnose ADHS gestellt worden ist, wird mit den Eltern abgeklärt, ob sie eine Unterstützung ihres Kindes in der Beratungspraxis wünschen.

Abhängig von den Ausbildungen und/oder Weiterbildungen die ein Berater gemacht hat, kann er die Kinder und Familie unterstützen. Ansonsten sollte der Berater des Altern Adressen geben, an die sie sich wenden können.

Zusätzlich wäre auch eine Literaturliste/Internetadressen für die Eltern sicherlich wichtig.

7. Literaturangaben

- ADHS bei Kindern und Jugendlichen, Cordula Neuhaus, Kohlhammer Verlag
- ICD 10
- Internet
- ADS und ADH, Diagnose und Training, Borgmann
- Thop - Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellen Problemverhalten von Beltz, Döpfer, Schürmann, Fröhlich
- Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen von Lauth, Linderkamp, Schneider, Brack
- Marburger Konzentrationstraining
- ADHS und komorbide Erkrankungen von Christiane M. Freitag und Wolfgang Retz

7. Anhang

- Fragebogen für Kinder mit ADHS
- d2 Konzentrationstest
- Selbstbeurteilungsbogen HKS
- Fremdeurteilungsbogen HKS
- Pressemitteilung Bad Boll ADHS Tagung 2003
- Artikel Kinder-Koks

Pressemitteilung

Aufmerksamkeitsstörung: Individuelle und kombinierte Therapien als Königsweg?

Rund 500 Tagungsgäste besuchten im Februar 2003 die Evangelische Akademie Bad Boll. Ausgelöst hatte dieses überwältigende Interesse ein Kongress über die "Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung" (ADHS), einer Konzentrations- und Kontrollschwäche, die immer häufiger bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen festgestellt wird. Für viele ist dieses Thema mit Unsicherheit, Angst vor gezielter Fehlinformation, aber auch mit Vorurteilen verbunden. Mit dem Kongress sollte die Diskussion versachlicht und aus der ideologischen Auseinandersetzung herausgeführt werden.

Holger Steinke, Dipl. Psychologe im Kinderhaus Ulmenhof in Bad Essen-Heithöfen wies in einer Fortbildungsveranstaltung für PädagogInnen aus Jugendhilfeeinrichtungen darauf hin, dass der Streit um ADHS schon bei der Frage beginnt, ob es sich dabei überhaupt um eine Krankheit handelt. Die bekannte Esslinger Psychologin und Buchautorin Cordula Neuhaus bezeichnete ADHS auf der Tagung in Bad Boll als "ernstzunehmende Anpassungsstörung". Bemerkbar mache sie sich etwa in der Unfähigkeit, abwarten oder eine Frustration aushalten zu können, verbunden mit extremen Gefühlslagen und Stimmungsschwankungen. Verantwortlich sei dafür eine sog. Reizoffenheit bei gleichzeitiger Reizfilterschwäche.

In dieser Einschätzung weiß sich Cordula Neuhaus durch ein jüngst vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichtes Papier bestätigt. Darin heißt es, ADHS sei "eines der häufigsten chronisch verlaufenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen".

Nach aktuellen Schätzungen seien 2 bis 6 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren betroffen. Klar definiert ist ADHS inzwischen auch in den von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen und für alle Ärzte verbindlichen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen. Vorurteile gibt es aber auch über die Ursachen der Krankheit. Michael Townson, Vorsitzender der Elterninitiative ADS e.V., sagte auf dem Kongress, immer wieder werde er mit der Ansicht konfrontiert, ADHS sei auf fehlende Möglichkeiten, sich auszutoben oder auf exzessiven Medienkonsum zurückzuführen. All dies, so Townson, habe aber mit der Realität nur wenig zu tun. Aus der Arbeit in seinem Verband, in dem rund 1000 betroffene Familien zusammengeschlossen sind, weiß er, dass ADHS ebenso bei Kindern vorkommt, die sich viel bewegen, wie auch in Familien, in denen es weder einen Fernseher noch einen Computer gibt.

Die medizinische Forschung ist sich inzwischen weithin einig, dass ADHS etwas mit biochemischen Funktionsstörungen bei der Informationsverarbeitung im Gehirn zu tun hat. Eine besondere Rolle spielen dabei die sog. Neurotransmitter, vor allem das Dopamin. Dabei handelt es sich um Botenstoffe, die im Falle von ADHS in bestimmten Gehirnabschnitten offenbar nicht optimal zur Wirkung kommen. Diesen Schluss zog auf der Tagung jedenfalls der Münchner Neurologe Prof. Dr. Klaus-Henning Krause aus einer Auswertung biochemischer, radiologischer und nuklearmedizinischer Untersuchungen.

Auch für die Annahme, dass es sich bei ADHS um eine überwiegend durch das Zusammenwirken mehrerer Gene bedingte Störung handelt, gibt es nach Ansicht von Prof. Krause gute Gründe. Und noch zu einer weiteren Streitfrage nahm der Wissenschaftler in Bad Boll Stellung: Es sei nachweisbar, dass mit Methylphenidat, dem Wirkstoff des umstrittenen Medikaments Ritalin, in wünschenswerter Weise auf den Dopamin-Stoffwechsel Einfluss genommen werden könne.

Zumindest die Expertenmeinungen auf dem Bad Boller Kongress erwecken den Anschein, als ob in der Frage einer medikamentösen Behandlung mittlerweile weniger heftig gestritten werde. Unter Forschern und Praktikern setzt sich offenbar immer mehr die Auffassung durch, dass Medikamente ein wichtiger Baustein, manchmal sogar die Voraussetzung, für umfassende, sogenannte multimodale, Therapiekonzepte sind.

Wichtiges Argumentationsmaterial in dieser Frage ist einer amerikanischen Untersuchung zu entnehmen, die der Psychiatrie-Professor L. Eugene Arnold in Bad Boll präsentierte. Diese, in Fachkreisen mittlerweile als "Multimodal Treatment Study" bekannte Untersuchung, vergleicht die Wirksamkeit medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze. Grob zusammengefasst kam dabei heraus, dass eine sorgfältig kontrollierte medikamentöse Therapie bessere Ergebnisse erzielte als eine intensive Verhaltenstherapie.

Allerdings hat man auch festgestellt, dass bei einer Kombination von Verhaltenstherapie mit Medikamenten geringere Dosen erforderlich sind. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Tagung scheint der Begriff "multimodal", also die auf den Einzelfall abgestimmte Kombination medikamentöser, psychologischer, psychosozialer und pädagogischer Maßnahmen, der Entwicklung integrativer Therapiekonzepte einen konsensfähigen Weg zu ebnet. Wenn damit der Streit zwischen Pharmakritikern und Befürwortern in den Hintergrund treten würde, wäre schon viel gewonnen, meinte Holger Steinke. Dann nämlich könnte sich die Aufmerksamkeit endlich auf die Versorgungsrealität richten, bei der noch etliche Defizite zu überwinden seien.

Bad Essen, 09.05.2003