

Michael Borg-Laufs

**Psychologie für
die Arbeit mit Kindern
und Jugendlichen mit
psychischen Problemen**

BELTZ JUVENTA

15 ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung)

Wir begegnen einem Kind, das vor Energie überzuschäumen scheint. In Kontexten, die strukturiertes, besonnenes Handeln erfordern, ist es anstrengend, das Kind zu begrenzen. Endlose Konflikte entziehen uns Energie, strapazieren unsere Geduld. Die Unruhe regt uns auf, die Impulsivität und das planlose Handeln nerven – vor allem, wenn wir selber gestresst oder angestrengt sind.

Andererseits erleben wir auch, wenn wir uns darauf einlassen können, eine ungeheure und mitreißende Lebendigkeit und Kreativität, fühlen uns selbst belebt.

Während uns Energie, Chaos und Lebensfreude sofort positiv oder negativ mitreißen, entdecken wir die andere Seite oft erst auf den zweiten oder dritten Blick. Wir erleben dann ein Kind, dass sich zwar energetisch zeigt, aber machtlos den eigenen Impulsen ausgeliefert fühlt. Ein Kind, das großen Druck von Eltern und Schule erfährt und nicht weiß, wie es dem standhalten soll. Und ebenso erleben wir ein verunsichertes Kind, das von anderen zurückgewiesen wird und das nicht versteht, warum es sich nicht so verhalten kann wie die anderen Kinder.

Wir erleben dann ein liebenswertes, bedürftiges Kind, das gemocht werden will, das Lob und positive Rückmeldung benötigt, aber oft nur Abwertung erfährt. Wenn wir Zugang finden und nicht als verlängerter Arm von Eltern und Lehrer:innen verstanden werden, können wir über diese Anteile des Problems gut reden. Die Arbeit an planvollem Handeln bleibt dennoch anstrengend.

Gleichzeitig sehen wir häufig sehr überlastete Eltern, die es aufgegeben haben, ihr Kind zu steuern. Die zermüht sind von ständigem Streit, von schulischen Anforderungen und schulischem Druck, von Stigmatisierung. Beide – Eltern wie Kinder – zeigen sich häufig hoffnungslos mit anfangs wenig Bereitschaft, aktiv an Veränderung mitzuwirken.

Zu beachten ist, dass es sich Langzeituntersuchungen zufolge um eine chronische Störung handelt, die in einem Drittel der Fälle bis ins Erwachsenenalter fort dauert und dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen zusätzliche psychische Störungen entwickeln, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe deutlich erhöht ist (Barbaresi et al., 2013).

Störungsbilder

Während in der Entwurfsfassung der ICD-11 der Name für die Störung auftaucht, der im allgemeinen Sprachgebrauch schon lange genutzt wird (ADHS), heißt diese Störung in der immer noch gebräuchlichen ICD-10 „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ bzw., wenn sie in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens auftritt „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“. Da alle wissen, was mit ADHS gemeint ist, bleiben wir an dieser Stelle bei dieser Bezeichnung. Ebenso wie in dem amerikanischen Klassifikationssystem DSM (in der 5. Version DSM-5) wird in der ICD-11 zwischen verschiedenen Subtypen unterschieden, bei denen entweder die Aufmerksamkeitsstörung oder die Hyperaktivität oder beide Symptomgruppen gleichmäßig im Mittelpunkt stehen.

Zur Diagnose führen Symptome aus drei Symptomgruppen: Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Zu den aufmerksamkeitsbezogenen Symptomen gehören etwa häufige Flüchtigkeitsfehler, scheinbares nicht-zuhören, schlechte Planungs- und Organisationsfähigkeiten, leichte Ablenkbarkeit. Die Überaktivität zeigt sich in einer beeindruckenden motorischen Unruhe, lautem Spielen, häufigem zappeln, rennen und klettern. Impulsivität ist z. B. durch Verhaltensweisen wie unterbrechen/dazwischensprechen, nicht warten können und Aufgaben lösen, bevor man sie ganz gelesen oder gehört hat, definiert.

Das Störungsbild kann in drei unterschiedliche Schweregrade (leicht, mittelgradig, schwer) eingeteilt werden, je nachdem, wie stark ausgeprägt die Symptomatik ist.

Fallbeispiel

S., eine neunjährige Drittklässlerin, zeigt alle Kernsymptome von ADHS. Sie ist unruhig, laut, springt herum, scheint nicht richtig zuzuhören, macht viele Flüchtigkeitsfehler. Ihre Impulsivität ist besonders gut zu beobachten, wenn sie Textaufgaben in Mathe lösen soll. Eine Aufgabe lautet: „Sabrina hat 75 Euro dabei. Sie kauft sich ein Buch für 9 Euro und ein Brötchen für 55 Cent. Als sie ihre Oma besucht, bekommt sie von ihr 5 Euro. Wie viel Geld hat sie noch, wenn sie wieder zu Hause ankommt?“ S. fängt an zu lesen und nach wenigen Sekunden an zu rechnen. Sie rechnet $75 - 9 - 55 - 5$ und kommt zu dem Ergebnis 6. Als sie ihrer Mutter das Ergebnis zeigt, fragt diese, was denn die 6 bedeute und wie sie darauf komme? S. antwortet, das Mädchen habe noch 6 Euro. Es stellt sich heraus, dass sie nur bis „ein Buch für 9 Euro“ gelesen und dann sofort angefangen hat zu rechnen. Sie hat im weiteren Text die Zahlen 55 und 5 entdeckt und, da sie bei den ersten zwei Ziffern schon subtrahiert hat, diese auch subtrahiert. So ist ihr weder aufgefallen, dass es sich bei der „55“ um eine Cent-Angabe handelt, noch, dass sie die 5 Euro von Oma hätte dazuzählen müssen. Immer wieder macht sie ähn-



liche Fehler bei Textaufgaben, weil es ihr so schwerfällt, den Text in Ruhe zu Ende zu lesen. Sobald sie den Eindruck hat, die Aufgabe verstanden zu haben (in dem Beispiel: Es gibt eine Euro-Summe, von der weitere Euro-Beträge abgezogen werden müssen), beendet sie das Lesen der Aufgabe und sucht sich nur noch die Zahlen heraus. Es erfordert tatsächlich ein aufwändiges mit Verstärkung arbeitendes Verhaltenstraining, damit sie die Strategie „die Aufgabe in Ruhe bis zu Ende lesen und dann in einzelnen Schritten eine Rechenaufgabe daraus machen“ erlernen und verinnerlichen kann.

Bei kaum einer anderen psychischen Störung hören wir so häufig, es handle sich hier doch gar nicht um eine wirkliche Störung, sondern um eine Erfindung (der Pharmaindustrie). Sicher ist es so, dass mit der Medikation von ADHS-Betroffenen viel Geld zu verdienen ist und sicher ist es auch so, dass es immer wieder zu Fehl- und Schnelldiagnosen kommt. Gleichzeitig scheint es immer mehr Betroffene zu geben. Dies ist aber eben nur scheinbar so. Vielmehr gibt es ein größeres Bewusstsein für diese Problematik und möglicherweise immer weniger Toleranz, „anstrengende“ Kinder etwa als Lehrer:in in der Schule „auszuhalten“. Vor diesem Hintergrund kommen immer wieder Mythen von der frei erfundenen ADHS-Diagnose in die Medien. Nicht selten kommt dies zusammen mit Vorwürfen an die Eltern, dass diese ihre Kinder lieber mit Tabletten ruhigstellen wollten, als sich in angemessener Weise um sie zu kümmern (vgl. Alfred, 2012). Wenn man das Leid und die Hilflosigkeit der betroffenen Familien sieht, die sich nicht selten einer unzureichenden Versorgungslage gegenübersehen, ist dies ein zusätzlicher Schlag ins Gesicht. Im Zusammenhang mit der wachsenden Bedeutung von Social Media bei der Informationsbeschaffung ist in diesem Zusammenhang auch das Ergebnis einer Studie bemerkenswert, der zufolge 52 % der erfolgreichsten TikToks mit dem Thema ADHS irreführende Informationen enthalten, 27 % rein persönliche Erfahrungsberichte und lediglich 21 % sinnvolle Informationen zur Störung (Yeung, Ng & Abi-Jaoude, 2022). Vor diesem Hintergrund ist eine Verunsicherung in der Einschätzung von ADHS gut nachvollziehbar.

Es besteht jedoch innerhalb der Forschungsgemeinschaft eine große Übereinstimmung, dass ADHS eine angemessene, zutreffende Diagnose darstellt. Pliszka und die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry weisen bereits 2007 darauf hin, dass es sich bei ADHS um eine der bestuntersuchten medizinischen Störungen handle (S. 894).

Bedingungen des Entstehens und der Aufrechterhaltung

Trotz der vielen vorliegenden Forschungsarbeiten ist der Stand des Verständnisses der Störung und auch der Stand der Hilfe für die Betroffenen (dazu im

nächsten Abschnitt mehr) noch nicht zufriedenstellend. Allerdings hilft uns in diesem Fall ein biopsychosoziales Fallverständnis zumindest bei der Annäherung an das Phänomen.

Biologisch betrachtet haben wir es mit einer Störung zu tun, für die eine Disposition zur Entwicklung des Störungsbild vererbbar ist, wie aus Zwillingsstudien abzuleiten ist (Tannock, 1998). Hirnphysiologisch zeigen sich in der Regel Auffälligkeiten im EEG: Es werden überwiegend Theta-Wellen produziert (Müller, Candrian & Kropotov, 2011), die eigentlich für einen schläfrigen entspannten Gehirnzustand typisch sind. Außenreize werden nur begrenzt weitergeleitet. In diesem Sinne ist das Gehirn der Betroffenen unterstimuliert und die ständige Suche nach Abwechslung, die Unruhe, das Laut-Sein und das nicht-warten-können können vor diesem Hintergrund als Suche nach angemessener Stimulation verstanden werden. Ähnlich lassen es Befunde zum Dopaminmangel bei ADHS-Betroffenen vermuten (Schmidt et al., 2011, S. 26).

Psychologisch sind die mangelnde Planungs- und Steuerungsfähigkeit beeindruckend. Darüber hinaus gibt es sekundär weitere psychische Folgeprobleme. Betroffene sind in ihrem Selbstwert verletzt, weil sie erkennen, dass sie Aufgaben, die für andere leicht zu lösen sind, nicht bewältigen können. Es entwickelt sich häufig eine ausgeprägte Misserfolgserwartung, d. h. sie trauen sich immer weniger zu. Kinder mit ADHS leiden darunter, eigenen und fremden Ansprüchen nicht zu genügen.

Als *soziale* Realität können wir betrachten, dass die Welt, in der wir heute leben, wenig Nischen für Menschen aufweist, die nicht ruhig sitzen und sich konzentrieren können. Es ist aber auch unstrittig, dass soziale Rahmenbedingungen auf die Störung Einfluss nehmen. Tully et al. (2004) fanden, dass mütterliche Wärme auch bei vorliegenden Risikobedingungen die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Störung verringert. Auch zeigen nicht wenige Studien, dass frühkindliche Traumata in der Entwicklung von ADHS-Betroffenen überzufällig häufig in der Lebensgeschichte zu finden sind (vgl. ADxS.org, 2024). Letztlich ist allerdings nicht geklärt, inwiefern hier ein kausaler Zusammenhang besteht und in welche Richtung dieser geht. Führen frühkindliche Traumatisierungen zu ADHS? Oder führt als anstrengend empfundenenes Verhalten eher zu elterlichen Verhaltensweisen, die traumatisierend sind (etwa: Gewalt), oder handelt es sich um eine nicht-kausale Überlappung der Phänomene? Zusammenfassend wird von den meisten Forscher:innen davon ausgegangen, dass Traumatisierungen ohne eine genetische Disposition nicht zu ADHS führen. Dennoch spielen die sozialen/familiären Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle: Eltern, die selber wenig strukturiert erscheinen (und daher dem Kind wenig Struktur bieten), unzuverlässige Familiengefüge und wenig liebevolle Interaktionen sind Rahmenbedingungen, die die Entwicklung von Symptomen begünstigen.

Psychotherapeutische Hilfe

Die psychotherapeutische Hilfe ist üblicherweise verhaltenstherapeutisch angelegt. Dabei handelt es sich um *Spiel- und Arbeitstrainings* (etwa Lauth & Schlottke, 2009, für das Training mit Kindern im Alter von 7–12 Jahren oder Linderkamp, Hennig & Schramm, 2011 für die Arbeit mit Jugendlichen). Bei solchen Trainings lernen die Kinder und Jugendlichen mit kleinschrittiger operanter Verstärkung schrittweise, ihr Spiel- bzw. Arbeitsverhalten den Anforderungen anzupassen. Darüber hinaus sollten aber auch soziale Kompetenzen und Emotionsregulationsfähigkeiten sowie Organisationsfähigkeiten und Selbstkontrolle im Fokus der Behandlung stehen. Allerdings sagen auch die aktuellen Leitlinien zur ADHS-Behandlung der AWMF (2017), dass eine solche Behandlung in der Regel nicht alleine ausreichend sei. Eine ebenfalls verhaltensorientierte *Elternberatung* ist hingegen die Methode erster Wahl. Eine strukturierte Maßnahme der Eltern-Kind-Therapie mit intensiver Elternberatung und unterstützender Arbeit mit dem Kind stellt etwa das Training für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) (Döpfner et al., 2019) dar.

ADHS mit seinem offensichtlich eher starken Anteil biologischer (Mit-) Verursachung ist eine der wenigen psychischen Störungen, bei denen eine *medikamentöse Therapie* tatsächlich die größte Wirksamkeit zu haben scheint. Je schwerer die Störung ausgeprägt ist, desto wirkungsvoller ist die medikamentöse Therapie. Die Leitlinien empfehlen bei mittlerem und schwerem Störungsgrad der ADHS-Symptomatik ab dem Grundschulalter eine Behandlung mit geeigneten Medikamenten, die von weiteren psychosozialen Hilfen (ggf. auch einer Psychotherapie) begleitet werden sollte (AWMF, 2017). Mittel der ersten Wahl sind Stimulanzien, wobei die Dosierung vor Behandlungsbeginn und im Verlauf der Behandlung immer wieder sorgfältig überprüft werden muss. Die Stimulanzien bewirken in einer großen Mehrheit der Fälle eine Verringerung der Kernsymptomatik und ermöglichen dadurch erfolgversprechendere pädagogische und psychotherapeutische Handlungsmöglichkeiten und eine günstigere Entwicklungsprognose. Eine „Heilung“ findet allerdings ohne begleitende andere Maßnahmen nicht statt, vielmehr sind anhaltende Beeinträchtigungen auch noch im Erwachsenenalter zu erwarten (Allroggen et al., 2010). Insgesamt ist die kurzzeitig wirkungsvolle Kombination aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie langfristig offensichtlich weniger wirksam als es zu wünschen wäre (Molina et al., 2009). Es gibt also noch eine Menge weiteren Forschungsbedarf, um den Betroffenen auch langfristig gut helfen zu können.

In der psychotherapeutischen Behandlung der Betroffenen werden oft auch *komorbide Probleme* eine Rolle spielen. Wir hatten ja bereits erwähnt, dass häufig auch Selbstwertprobleme, emotionale Probleme und Misserfolgs-erwartungen mit einer ADHS-Erkrankung einhergehen. Im Jugendalter kann

auch Drogenkonsum (als Versuch der Selbstmedikation) eine Rolle spielen. In manchen Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen mit ADHS stehen diese Themen im Vordergrund und nehmen mehr Raum ein als die oben beschriebenen Trainingsmaßnahmen.

Pädagogische/sozialarbeiterische Unterstützung

Bei ADHS bieten sich viele Ansatzpunkte für begleitende Unterstützung durch pädagogische und/oder sozialarbeiterische Fachkräfte.

Mitwirkung bei der Erhöhung der Medikations-Adhärenz. Die Evidenzlage zeigt klar, dass medikamentöse Behandlung in vielen Fällen therapeutisches Mittel der Wahl ist, dies umso mehr, je stärker die Symptomatik ausgeprägt ist. Gleichzeitig herrscht diesbezüglich viel Desinformation und damit Unsicherheit vor. Hier könnte eine wichtige Hilfe darin liegen, die Eltern und/oder Kinder mit ihren Sorgen anzunehmen, sie aber auch sachlich aufzuklären und ihnen somit die Evidenzlage nachvollziehbar und verständlich näher zu bringen, so dass sie sich auf eine (mitunter notwendige) medikamentöse Behandlung einzulassen bereit sind. Da die Adhärenz diesbezüglich im Behandlungsverlauf schwanken kann, könnte es hilfreich sein, dieses Thema immer wieder im Beratungsverlauf anzusprechen.

Durchführung von Elterntrainings/Elternberatung. Es hat sich herausgestellt, dass die Anleitung der Eltern zu liebevoll-strukturiertem Handeln wichtiger ist, als die psychotherapeutische Behandlung des Kindes selber, wenn es darum geht, die Kernsymptomatik positiv zu beeinflussen. Gut evaluierte Elterntrainings sind das Triple P (Turner, Markie-Dadds & Sanders, 2007) und das THOP-Elternprogramm (Döpfner, Halder & Kinnen, 2016). In diesem Gruppenprogramm werden Eltern über die Störung informiert. Darüber hinaus gibt es Maßnahmen, um die Beziehung zwischen Eltern und Kind (die häufig von Streit geprägt ist) zu verbessern, sowie Hilfen, um klare Regeln zu erstellen und konsequent durchzusetzen. Natürlich können solche Inhalte auch in einer individuellen Elternberatung vermittelt werden und in manchen Fällen haben gerade Kolleg:innen, die aufsuchend mit Familien etwa im Rahmen Sozialpädagogischer Familienhilfe arbeiten, die besten Möglichkeiten, solche Inhalte direkt im häuslichen Umfeld zu vermitteln.

Häufig sind betroffene Eltern und auch Kinder tief resigniert und benötigen vielfältige motivierende Unterstützung. Sie haben schon Misserfolge bei dem Versuch, ihre Kinder zu beeinflussen, erlebt und sie haben häufig schon viel negative Rückmeldungen von Erzieher:innen und Lehrer:innen erhalten, so dass das ganze Thema der Auffälligkeiten ihres Kindes bei ihnen schnell negative Gefühle und Hilflosigkeit auslöst. Sie benötigen daher häufig viel Wertschätzung und nicht nur erziehungsmethodisches Wissen.

Durchführung von Lehrkräfteschulungen und -trainings. Auch die lerntheoretisch orientierte Schulung von Lehrer:innen wird in den Leitlinien empfohlen und könnte eine sinnvolle Hilfe darstellen, die von der Schulsozialarbeit zur Verfügung gestellt wird. Auch dazu liegt im deutschsprachigen Raum ein Programm vor (Lauth, 2014).



Selbstreflexions-Angebot

Versuchen Sie, sich den Alltag als Elternteil eines ADHS-Kindes vorzustellen. Denken Sie an den morgendlichen Streit beim Aufstehen, an das Trödeln des Kindes beim morgendlichen Fertigmachen für die Schule. Wie geht es Ihnen, wenn das Kind nach der Schule Jacke und Schulranzen einfach in der Diele auf den Boden fallen lässt? Wie, wenn es anschließend „nervt“, während Sie telefonieren wollen und wenn es bei den Hausaufgaben ständig aufspringt und desinteressiert erscheint? Was ist, wenn sie zum hundertsten Mal sagen, dass er/sie beim Abendbrot nicht so ein Chaos veranstalten soll? Und wenn später beim Zu-Bett-Gehen ein erneuter Kampf entsteht, weil ihr Kind noch toben will? Versuchen Sie, die Belastung und Erschöpfung zu empfinden, die mit einer solchen täglichen Erfahrung einhergeht.



Weiterführende Literaturhinweise

Döpfner, M., Halder, J. & Kinnen, C. (2016). *THOP-Elternprogramm – Manual für Gruppenleiter: Gruppenprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS-Symptomen und expansivem Problemverhalten*. Weinheim/Basel: Beltz.

Lauth, G.W. (2014). *ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer*. Weinheim/Basel: Beltz.