



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich
Österreich – Italien mit speziellem Fokus auf die
Familie“

Verfasserin

Livia Coreth

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A297
Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik
Betreuer: O.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Max Friedrich

Danksagung

Mein besonders großer Dank gilt meiner Mutter, die mir während meines gesamten Studiums mit Rat und Tat beigestanden ist, stets aufmunternde und motivierende Worte gefunden hat und für ihre grenzenlose Unterstützung.

Meinem Vater danke ich für zahlreiche interessante und anregende Diskussionen, die mich stets inspiriert und auf meinem bisherigen Lebensweg unterstützt haben.

Ich danke auch meinen Freunden, besonders Christoph, Marietta und Birgitt, die mich während meines Studiums begleitet haben.

Allen zuvor erwähnten danke ich, dass sie meine Launen während schwieriger Phasen ertragen, mich motiviert und an mich geglaubt haben.

O.Univ.-Prof.Dr.med.univ. Max Friedrich für die wissenschaftliche Betreuung meiner Diplomarbeit.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort:.....	1
1 Einleitung:	3
2 ADHS – Was ist das?	5
2.1 Konzept/Begriffserklärung/historischer Rückblick:	5
2.2 Erscheinungsbild und Verlauf:	7
2.3 Ursachen:	11
2.3.1 Genetische Faktoren:.....	12
2.3.2 Hirnverletzungen:.....	14
2.3.3 Entwicklungsanomalien/neurologische Aspekte:	14
2.3.4 Hirnstruktur:	16
2.4 Risikofaktoren/Einflussfaktoren:.....	17
2.4.1 Psychosoziale Faktoren:.....	17
2.5 Neue Sicht auf ADHS:	25
3 Diagnostik:	32
3.1 Klassifikation und Diagnose nach DSM-IV und ICD-10:	32
3.1.1 Ausschlusskriterien:	35
3.1.2 Subtypen:.....	35
3.1.3 Differenzialdiagnostik:	36
3.2 Komorbiditäten:.....	36
3.3 Diagnostische Vorgehensweisen:	37
3.3.1 Fragebogenuntersuchungen:	39
3.3.2 Testpsychologische Untersuchungen:	40
3.3.3 Körperliche und neurologische Untersuchungen:	41
3.3.4 Verlaufskontrollen:	42
4 Therapie	43

4.1 Kindzentrierte Interventionen:	43
4.1.1 Medikamentöse Therapie:	44
4.1.2 Selbstinstruktionstraining:	53
4.1.3 Selbstmanagement-Methoden:	54
4.1.4 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):	55
4.1.5 Spieltraining bei Kindern im Kindergartenalter:	55
4.1.6 Andere Verfahren:	55
4.2 Eltern- und Familienzentrierte Ansätze:	56
4.3 Kindergarten- und schulzentrierte Ansätze:	57
4.4 Multimodale Behandlung:	57
4.5 Behandlungseffekte:	58
4.6 MTA-Studie:	60
4.6.1 Medikamentöse Therapie mit Beratung:	60
4.6.2 Verhaltenstherapie:	61
4.6.3 Kombinierte Therapie:	61
4.6.4 Standardtherapie:	61
4.6.5 Schlussfolgerungen:	62
4.6.6 Neue Ergebnisse der MTA-Studie:	62
4.7 THOP:	65
4.8 Pädagogische Maßnahmen im Umgang mit ADHS-Kindern:	74
4.8.1 ‚Sticks für Kids‘:	77
4.8.2 Pädagogische Maßnahmen im Unterricht:	80
5 Die Situation von ADHS in Italien	84
5.1 Diagnostisch-therapeutischer Weg:	84
5.2 Wiedereinführung des Methylphenidats in Italien:	88
5.3 Das nationale ADHS-Register:	90
5.3.1 Ergebnisse des Registers:	91

5.4 Schulische Maßnahmen:	94
6 Familie:	97
6.1 Definition Familie:	97
6.2 Kindererziehung im Wandel der Zeit:	98
6.3 Familienverhältnisse in Österreich:	103
6.3.1 Vereinbarkeit von Familie und Erwerb:	103
6.3.2 Familiäre Arbeitsteilung:	104
6.3.3 Konflikt Partnerschaft/Elternschaft:	107
6.3.4 Kinderwunsch:	108
6.3.5 Kind: Luxusgut und/oder Hemmschuh	109
6.3.6 Scheidung:	110
6.4 Familienverhältnisse in Italien:	111
6.4.1 Die italienische Familie im Wandel der Zeit:	111
6.4.2 Die Sonderstellung Italiens:	113
6.4.3 Familienformen:	116
6.4.4 Religion/Religiosität:	116
6.4.5 Lebensgemeinschaften:	117
6.4.6 Außereheliche Geburten:	118
6.4.7 Ehe:	119
6.4.8 Scheidung:	120
6.4.9 Vereinbarkeit Familie und Erwerb/ Rollenverteilung:	120
6.4.10 Familienbeziehungen:	122
6.4.11 Stellenwert des Kindes in der Familie:	124
6.4.12 Einzelkind:	126
6.4.13 Nesthocker:	126
6.4.14 ‚La mamma‘:	128
7 Resümee, persönliche Stellungnahme und Diskussion:	131

8 Literaturverzeichnis:	144
8.1 Internetquellen:	148
8.2 Rahmen- und Tabellenverzeichnis:	151
ANHANG:	153

Vorwort:

Während meiner Ausbildung zur Volksschullehrerin an der pädagogischen Akademie war ich in der Praxis in verschiedenen Wiener Volksschulen auch mit dem Thema Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom kurz ADHS konfrontiert. Dabei konnte ich beobachten, wie schwierig sich der Umgang mit Kindern mit ADHS für die meisten Lehrer darstellte und dieser sie häufig überforderte. Auch die Situation für das ADHS-Kind selbst war meist sehr problematisch, weil es oft von schulischen Aktivitäten aus Strafe ausgeschlossen oder vor der ganzen Klasse dafür verantwortlich gemacht wurde, dass gewisse Aktivitäten wie Turnunterricht oder Ausflüge nicht gemacht werden konnten. Diese Situation empfand ich als äußerst unbefriedigend und beschloss, mich mit diesem Thema eingehender zu beschäftigen.

Einige Jahre später schloss ich einen Lehrgang zur diplomierten ADHS-Therapeutin ab. Während dieser Ausbildung lernte ich auch das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, kurz THOP, kennen, auf das ich in Kapitel 4.7 näher eingehen werde. Es handelt sich hierbei um ein multimodales Therapiekonzept, das das Kind ganzheitlich, als biopsychosoziale Einheit erfasst. Das bedeutet, dass sowohl anlagebedingte, psychische, als auch soziale Komponenten Berücksichtigung finden.

Im Zuge meiner Diplomarbeit werde ich verdeutlichen, dass die Familie und das Familienleben im Zusammenhang mit ADHS von zentraler Bedeutung sind.

Im Jahr 2008 habe ich ein Auslandssemester in Florenz absolviert. Dort fiel mir auf, dass die Familie - vor allem die Kinder - in Italien einen sehr hohen Stellenwert in der Gesellschaft haben. Zudem erfuhr ich, dass es weniger ADHS-Fälle bei Kindern und Jugendlichen in Italien gibt, als bei uns in der Literatur angegeben. Wenn also die Familie eine wesentliche Rolle im Zusammenhang mit ADHS spielt und sie einen höheren Stellenwert in Italien hat, könnte das auch positive Auswirkungen auf ADHS haben, so meine Überlegungen. Des Weiteren könnten auch die Mentalität und das Temperament der Italiener einen Einfluss auf eine geringere Prävalenz von ADHS haben. Da ich mich jedoch nicht mit Stereotypen der populären Völkerpsychologie zufrieden geben möchte, werde ich

mich im Laufe meiner Diplomarbeit mit diesen Themen genauer beschäftigen. Diese Gedanken sind Grundlage für meine Diplomarbeit.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage, die meiner Diplomarbeit zugrunde liegt:

Welche Unterschiede ergeben sich im Hinblick auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Vergleich zwischen Österreich und Italien und welche Rolle spielt die Familie in diesem Zusammenhang?

Meine Hypothesen lauten:

1. Es gibt in Italien weniger ADHS-Fälle als in Österreich, weil die Familie einen höheren Stellenwert hat.
2. Dieser höhere Stellenwert des Kindes in der italienischen Gesellschaft wirkt sich positiv auf die Prävalenz von ADHS aus.
3. Die Unterschiede in Mentalität und Temperament der Italiener haben positive Auswirkungen auf den Umgang mit ADHS-Kindern.
4. Es bedarf pädagogischer Interventionen um die Situation von ADHS-Kindern in Österreich zu verbessern.

1 Einleitung:

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zwischen Österreich und Italien mit einem speziellen Fokus auf die Familie und ist folgendermaßen aufgebaut:

Nach einem historischen Rückblick über die Forschungsgeschichte von ADHS und einer Begriffserklärung, wird zunächst auf das heutige Konzept von ADHS, dessen Ursachen und Verlauf eingegangen. Über die Diagnosekriterien und diagnostischen Vorgehensweisen komme ich zur Therapie. Neben einer genaueren Darstellung der medikamentösen Therapie werde ich auf die nicht-medikamentösen Interventionen und deren Wirkungsweisen eingehen. Bei den nicht-medikamentösen Therapieformen wird ein besonderes Augenmerk auf das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ kurz THOP von Döpfner gerichtet. Die MTA-Studie¹, als eine der ersten Langzeitstudien, und deren Ergebnisse werden vorgestellt. Daraufhin zeige ich einige wichtige pädagogische Maßnahmen im Umgang mit ADHS-Kindern auf.

Es folgt eine Darstellung der in vieler Hinsicht andersgearteten Situation von ADHS in Italien.

Danach widmet sich die Arbeit der Familie. Eckpunkte dieses Kapitels betreffen, nach einem kurzen historischen Rückblick, die familiäre Arbeitsteilung, die Doppelrolle von erwerbstätigen Müttern, den Kinderwunsch und die Familienformen in Österreich und in Italien. In Bezug auf Italien wird zudem auf die Sonderstellung des Landes, auf die sogenannten ‚Nesthocker‘ und die besondere Mutterrolle ‚la mamma‘ eingegangen.

Die Arbeit schließt mit einem Resümee, in dem noch einmal die Unterschiede zwischen Italien und Österreich herausgearbeitet werden und eine persönliche Stellungnahme stattfindet. Zudem werden einige Anregungen und Vorschläge gemacht, die die Situation für Kinder mit ADHS und deren Familien und Lehrer in Österreich verbessern könnten.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine reine Literaturrecherche, der keine eigene empirische Untersuchung zugrunde liegt.

¹ MTA: “Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD” (zit. Döpfner 2002, 49)

Um den Lesefluss zu erleichtern, verwende ich in meiner Diplomarbeit fast ausschließlich die männliche Form. Es sind damit aber beide Geschlechter gemeint.

Da ich für die vorliegende Arbeit viel italienische Literatur verwendet habe, möchte ich darauf hinweisen, dass es sich in meinen Ausführungen um eigene Übersetzungen handelt. Stammen die Originaltexte aus dem Internet, so sind sie im Original auf Italienisch im Anhang zu finden.

2 ADHS – Was ist das?

Dieses Kapitel widmet sich nach einem forschungsgeschichtlichen Rückblick von ADHS und einigen begrifflichen Erklärungen, dem Erscheinungsbild und dem Verlauf von ADHS. Die nach dem heutigen Wissensstand ursächlichen Faktoren für ADHS und mögliche Risiko- und Einflussfaktoren werden ebenso dargestellt.

2.1 Konzept/Begriffserklärung/historischer Rückblick:

In der deutsch- und englischsprachigen Literatur der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie werden bereits im Laufe des 19. Jahrhunderts Vorläufer vom heutigen ADHS-Konzept erwähnt (vgl. Brandau 2004, 7).

Der Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann gilt als der Erste, der in seinen Erzählungen vom Zappelphillipp, Hans-Guck-in-die-Luft, vom fliegenden Robert und dem bösen Friedrich Kinder mit ADHS beziehungsweise ADS beschreibt.

Scherpf sprach 1881 vom ‚impulsiven Irresein‘ und erklärte es zu der häufigsten Seelenstörung im Kindesalter (ebd.).

Nachdem der Kinderarzt Still bei Kindern nach einer Hirnhautentzündung unruhiges Verhalten beobachtete, folgerte er, dass dieses durch Hirnschädigungen ausgelöst wurde. Er ging davon aus, dass leichte Hirnschädigungen für unruhiges, aggressives Verhalten und mangelnde Impulskontrolle verantwortlich sind, die auch erblich bedingt sein können (vgl. Schutzbier 2008, 8).

Das Konzept, dass die Hirnfunktionsstörungen traumatische Ursachen haben und in weiterer Folge zu diesen Persönlichkeitsveränderungen führen, war für viele Jahre prägend (vgl. Brandau 2004, 8)

In den 30er Jahren gab es eine Reihe an Untersuchungen mit Primaten, bei denen, nach Eingriffen im Frontallappen, exzessive Ruhelosigkeit und mangelnde Aufmerksamkeit auftraten. Man bezeichnete diese Symptome auch als ‚restless syndrome‘ (ebd.).

Bradley entdeckte 1937 durch Zufall, dass sich Amphetamine bei der Behandlung hyperkinetischer Verhaltensweisen als effektiv erweisen (vgl. Brandau 2004, 9).

In den 40er Jahren fassten Werner und Strauß die bis dahin beschriebenen Verhaltensweisen unter dem Begriff ‚minimal brain injuries‘ (MBI), also ‚minimale Hirnverletzungen‘, zusammen. Dieser wurde in den frühen 60er Jahren durch den Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion, MCD (minimal brain dysfunction, MBD) ersetzt, da man immer weniger an die Theorie glaubte, es seien generell nur Hirnläsionen für die Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich (ebd.). Doch auch mit diesem Begriff war man unzufrieden, da er mit einem Stigma einher ging, unter dem die Betroffenen sehr litten, da man sie oft für behindert, verrückt oder dumm hielt (vgl. Brandau 2004, 10).

Laufer et al. setzten sich für die Einführung des Begriffs ‚hyperkinetic behaviour syndrome‘ ein, der im Laufe der Zeit den Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion ablöste (ebd.). Das hyperkinetische Syndrom (HKS) oder die hyperkinetische Störung rückte die Hyperaktivität in den Mittelpunkt (vgl. Schutzbier 2008, 9).

Douglas et al. sahen zu Beginn der 70er Jahre die beiden anderen Kernsymptome, das Aufmerksamkeitsdefizit und die mangelnde Impulskontrolle, als wesentlicher an, weswegen man schließlich in den USA zu dem Begriff ‚Attention Deficit Disorder‘ (ADD) mit und ohne zusätzlicher Hyperaktivität übergegangen ist und im Klassifikationsschema DSM-III² verankert wurde. 1987 wurde schließlich der Begriff ADHS eingeführt. Im ICD-9³ wurde in diesem Zusammenhang vom hyperkinetischen Syndrom gesprochen (vgl. Brandau 2004, 10). Die beiden aktuellen Diagnoseschemata sind das ICD-10 und das DSM-IV, auf die später noch genauer eingegangen wird.

² DSM: “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (Dorsch 1994, 171)

³ ICD: “International Classification of Diseases” (Dorsch 1994, 337)

2.2 Erscheinungsbild und Verlauf:

ADHS gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter.

ADHS tritt bei ungefähr 3-7% der Kinder und Jugendlichen auf und ist in allen sozialen, gesellschaftlichen und ethnischen Gruppen und Nationalitäten vertreten (vgl. Petermann im Geleitwort von Barkley 2011, 3).

Es handelt sich um eine Erkrankung, die meist über die gesamte Lebensspanne erhalten bleibt: Das heißt, die Problematik kann als stabil betrachtet werden.

Das Verhältnis zwischen Buben und Mädchen beträgt ungefähr 3:1, das bedeutet, dass Buben etwa drei Mal häufiger von ADHS betroffen sind, als Mädchen (ebd.). Die Angaben zur Geschlechterverteilung variieren jedoch in der Literatur, vor allem, wenn man die hyperkinetischen Störungen nach ihrem Typus unterscheidet. Werneck-Rohrer spricht von einer Verteilung Buben zu Mädchen von 3-9:1. Betrachtet man den vorwiegend unaufmerksamen Typus ergibt sich eine Verteilungshäufigkeit von zwei Buben zu einem Mädchen, während die Verteilung beim vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus bei fünf zu eins liegt (vgl. Werneck-Rohrer 2005, 20).

Die ADHS-Symptomatiken treten schon im Vorschulalter auf und beeinflussen daher die Entwicklung des Kindes. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Reihe von Begleit- und Folgeproblemen auftreten. Durch das frühe Auftreten von ADHS und der Problemvielfalt, haben diese Kinder eine ungünstige Entwicklungsprognose (vgl. Petermann im Geleitwort von Barkley 2011, 3).

Die Kernsymptome und damit Hauptmerkmale von ADHS sind Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität. Der Ausprägungsgrad dieser Symptome ist stärker und deren Auftrittshäufigkeit höher als das für das entsprechende Alter typisch ist (vgl. Döpfner 2002, 3).

Hyperaktivität:

Kinder mit ADHS haben erhebliche Schwierigkeiten sich und ihre Aktivitäten zu bremsen und ihr Aktivitätsniveau zu reduzieren. Sie sind von einer ständigen Ruhelosigkeit begleitet und haben große Probleme, ihre Aktivitäten zu steuern. Sie zappeln meist mit Händen und Füßen, rutschen unruhig auf dem Sessel

herum und können nicht still sitzen. Zudem klettern sie zum Beispiel auf Bäume, Mauern und ähnliches und versetzen sich dadurch häufig in Gefahrensituationen, die sie jedoch selten als solche wahrnehmen (vgl. Petermann, Geleitwort zu Barkley 2011, 4).

Impulsivität:

Das impulsive Verhalten von Kindern mit ADHS äußert sich darin, dass sie nicht oder nur sehr schwer abwarten können, bis sie an der Reihe sind, andere unterbrechen und stören. Dieses Benehmen wird oft von anderen Kindern und Erwachsenen als sehr rücksichtslos betrachtet (vgl. Petermann, Geleitwort zu Barkley 2011, 4).

Aufmerksamkeitsstörungen:

Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen der selektiven Aufmerksamkeit und der Daueraufmerksamkeit.

Die selektive Aufmerksamkeit ermöglicht uns eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Reize, die für die Aufgabe relevant sind, und klammert die irrelevanten Reize aus. Durch ihre verminderte selektive Aufmerksamkeit sind Kinder mit ADHS leicht ablenkbar (vgl. Döpfner 2002, 3).

Unter Daueraufmerksamkeit versteht man, dass wir unsere Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten können. Auch diese Form der Aufmerksamkeit ist bei Kindern mit ADHS beeinträchtigt, was zum vorzeitigen Abbruch von Aufgaben führt (ebd.).

Petermann beschreibt die Aufmerksamkeitsstörungen folgendermaßen:

- „es treten viele Flüchtigkeitsfehler (z.B. bei den Schularbeiten) auf,
- es bestehen große Probleme, sich längere Zeit auf eine Aufgabe oder ein Spiel zu konzentrieren,
- Anweisungen werden nicht vollständig ausgeführt,
- Schularbeiten oder andere Pflichten können nicht zu Ende gebracht werden,

- Häufig treten Schwierigkeiten auf, Aufgaben oder Aktivitäten zu organisieren und
- Aufgaben, die Konzentration und Ausdauer verlangen, werden entweder vermieden oder nur widerwillig erledigt“ (zit. Petermann, Geleitwort Barkley 2011, 4).

Das Volksschulalter ist von großer Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht geprägt. Zudem treten häufig Lernschwächen und oppositionelles und aggressives Verhalten auf. Diese Verhaltensweisen sind vor allem in Situationen zu beobachten, in denen ein Stillsitzen gefordert wird, weil diese Kinder besonders große Schwierigkeiten haben, ihre Aktivitäten und ihr Verhalten zu hemmen und zu kontrollieren. Das Problemverhalten muss also nicht in allen Situationen und Lebensbereichen auftreten (vgl. Petermann, Geleitwort zu Barkley 2011, 6).

Kinder mit ADHS sind oft seit frühester Kindheit mit ihrem Anderssein konfrontiert. Durch ihr Problemverhalten erleben sie schon sehr früh viele Konflikte innerhalb der Familie, soziale Ausgrenzung in Kindergarten und Schule, sowie Misserfolge und Frustration im Lern- und Leistungsbereich (vgl. Kahl 2007, 41).

Die Mutter-Kind-Beziehung ist meist von häufigen Ermahnungen und Konflikten geprägt, die wiederum zu einer Negativerwartung führen. Die Eltern, Erzieher und Lehrer beschäftigen sich vor allem mit den Defiziten des Kindes, da sich der Alltag mit ihnen als sehr anstrengend erweist, während positive Eigenschaften meist kaum wahrgenommen werden. Aufmerksamkeit erfährt das Kind vor allem über negative Interaktionen. Innerhalb der Familie macht sich Erschöpfung bis hin zur Resignation breit. So befinden sich die Familien häufig in einem Teufelskreis, aus dem es schwierig ist auszubrechen (ebd.).

Durch diesen Teufelskreis und all die negativen Erlebnisse seit der frühesten Kindheit können diese Kinder oft kein altersentsprechendes Selbstbewusstsein entwickeln und ihre Fähigkeiten richtig einschätzen. Das Kind ist in Gefahr, eine komorbide emotionale Störung wie Depression und Angststörungen zu entwickeln (ebd.).

Mit zunehmendem Alter wird die Hypermotorik vermindert und es findet meist eine Verschiebung der Symptomatik statt. So treten häufig die impulsiven und aggressiven Verhaltensweisen in den Vordergrund. Durch die Kernsymptomatik kommt es oft zu Misserfolgserlebnissen und Frustration. Das wiederum führt häufig zu weiteren psychischen Problemen wie sozialen Ängsten, Leistungsängsten und depressiven Störungen. Dies hat oft Alkohol- und Drogenmissbrauch zur Folge (vgl. Petermann, Geleitwort zu Barkley 2011, 6).

Döpfner gibt einen Überblick über den Verlauf von ADHS:

Säuglings- und Kleinkindalter:

- sehr hohes Aktivitätsniveau
- ungünstige Temperamentsmerkmale und überwiegend negativ kontrollierende Interaktion der Bezugsperson mit dem Kind
- Entwicklungsverzögerungen

Kindergarten- und Vorschulalter:

- extreme motorische Unruhe
- geringe Spielintensität und –ausdauer
- oppositionelles Verhalten
- Entwicklungsdefizite
- Stabilität zwischen 4. und 7. Lebensjahr: etwa 50%
- Risikofaktoren für chronischen Verlauf:
 - stark ausgeprägte Symptomatik
 - zusätzlich oppositionelle Verhaltensstörung
 - negativ-kontrollierende Erziehung

Grundschulalter:

- Schuleintritt!
- Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht
- Lernschwächen und Teilleistungsschwächen
- Klassenwiederholungen und Umschulungen
- oppositionell-aggressives Verhalten (bei mindestens 30 bis 50%)

- Ablehnung durch Gleichaltrige
- Leistungsunsicherheit und Selbstwertprobleme
- Stabilität zwischen 7. und 10. Lebensjahr: mindestens 60-70%

Jugendalter:

- Verminderung der motorischen Unruhe
- Aufmerksamkeitsstörungen persistieren
- aggressiv-dissoziales Verhalten (etwa 40%)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- emotionale Auffälligkeiten
- geringes Bildungsniveau
- Stabilität zwischen Kindes- und Jugendalter: 30-70%

Erwachsenenalter:

- dissoziales Verhalten/Delinquenz (20-45%)
- antisoziale Persönlichkeitsstörung (ca. 25%)
- geringerer Beschäftigungsstatus

Rahmen 1: zit. Döpfner 2002, 23ff

2.3 Ursachen:

Die Symptome von ADHS sind auf mehrere Ursachen zurückzuführen. Es ist jedoch schwierig, die Ursachen von Verhaltensproblemen wissenschaftlich nachzuweisen (vgl. Barkley 2011, 109).

Bei ADHS geht man von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus. Es werden genetische, biochemische, neuroanatomische, neurophysiologische, neuropsychologische Faktoren und Umwelteinflüsse wie prä-, peri- und postnatale Komplikationen und psychosoziale Faktoren untersucht (vgl. Kahl 2007, 7).

Hyperkinetische Störungen sind in verschiedenen Kulturen zu finden und weisen eine hohe Stabilität auf (vgl. Werneck-Rohrer 2005, 22). Zudem kommt es häufig vor, dass auch ein Elternteil von einem ADHS-Kind davon betroffen ist (vgl. Brandau 2004, 26). Das lässt darauf schließen, dass diese Störungen neurobiologisch determiniert sind. In zahlreichen Studien hinsichtlich der Entstehung von ADHS wurde die Bedeutung von genetischen Einflüssen empirisch belegt (vgl. Werneck-Rohrer 2005, 22).

2.3.1 Genetische Faktoren:

Eine Vielzahl an Studien weist auf eine sehr hohe genetische Beteiligung von 70-95% bei ADHS hin. Genetische Faktoren könnten die Vulnerabilität eines Menschen für die Entstehung von ADHS erhöhen (und so zu strukturellen und funktionellen Veränderungen führen). Es gibt sehr viele Hinweise für eine genetische ADHS-Veranlagung. Verwandte ersten Grades eines Kindes mit ADHS weisen beispielsweise häufiger psychische Probleme wie Depressionen, Alkoholsucht, Verhaltensauffälligkeiten, antisoziales Verhalten und Hyperaktivität auf. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang Familien- und Zwillingsstudien. So liegt, laut einer Studie von Biederman und Faraone et al. (1990), bei über 25% der Verwandten ersten Grades von ADHS-Kindern ebenfalls eine ADHS vor. Dies bedeutet ein 5-mal höheres Risiko als normalerweise (vgl. Barkley 2011, 120ff).

Zwillingsstudien weisen auf hohe Konkordanzraten von 50-80% bei monozygoten und 34% bei dizygoten Zwillingspaaren hin (vgl. Kahl 2007, 7-8). Barkley spricht von Zwillingsstudien, denen zufolge bei einer vorliegenden ADHS sogar zu 80-90% beide Geschwister davon betroffen sind (vgl. Barkley 2011, 123).

Jüngste Studien sprechen davon, dass im Durchschnitt 80% des Auftretens von Hyperaktivität und Impulsivität durch Erbfaktoren erklärbar sind (vgl. Barkley 2011, 124).

Cock et al. identifizierten ein Gen, das möglicherweise mit ADHS zusammenhängen könnte. Laut neueren Untersuchungen sind mindestens zwei Gene an ADHS beteiligt. Das Gen DRD4, das mit dem sogenannten ‚novelty

seeking', also der ‚Suche nach Neuem‘ zusammenhängt. Eine Variante dieses Gens bewirkt das hohe Neugierverhalten, das Menschen mit ADHS an den Tag legen. Die Suche nach Nervenkitzel, die erhöhte Risikobereitschaft, Impulsivität und Unruhe hängen mit dem hohen Maß an Neugierverhalten zusammen. Das DAT1-Gen hat Einfluss auf die Geschwindigkeit, mit der das Dopamin aus dem synaptischen Spalt abtransportiert wird. Derzeit werden noch sechs weitere Gene auf einen Zusammenhang mit ADHS untersucht. Da mit ADHS viele verschiedene Eigenschaften verbunden sind, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass mehrere Gene beteiligt sind (vgl. Barkley 2011, 124ff).

Molekulargenetische Untersuchungen ergaben Veränderungen auf den D2- und D4-Dopamin-Rezeptorgenen und den Dopamin-Transporter-Genen (vgl. Döpfner 2002, 27).

Die Vermutung, dass verschiedene Genotypen an ADHS beteiligt sind könnte die große Bandbreite an Komorbiditäten und den unterschiedlichen Verlauf der Störung erklären (vgl. Kahl 2007, 8).

Laut Lüpke tragen hyperaktive Kinder die Disposition für ADHS bereits in sich, diese wird jedoch von der Umwelt unterschiedlich stark ausgelöst. Daher ist es unbedingt notwendig, dass die Umweltfaktoren mit berücksichtigt werden (vgl. Dieplinger 2003, 50).

In der Genetik geht man heute davon aus, dass die kodierte Information der Gene durch kontinuierliche „Genexpression“ während der gesamten Entwicklung wirksam ist und damit Einfluss auf diese hat. Zudem kommen im Laufe des Lebens nur etwa 15% der angelegten Möglichkeiten zur Ausprägung. Dabei spielen Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle. So geben Umwelteinflüsse etwa auch bei abweichenden pathologischen Geninformationen den Ausschlag (ebd.).

Auf Umweltfaktoren und Risikofaktoren wird in der vorliegenden Arbeit später noch genauer eingegangen.

2.3.2 Hirnverletzungen:

Die heutige Forschung stellt Störungen im Gehirn in den Mittelpunkt, die entweder auf Hirnverletzungen oder Entwicklungsanomalien zurückzuführen sind (vgl. Barkley 2011, 111).

Die Vermutung, dass ADHS-typische Verhaltensweisen mit Verletzungen in vorderen Hirnarealen zusammenhängen, ist etwa 100 Jahre alt. Diese orbital-frontale Region ist vermutlich für die Verhaltenshemmung, Konzentration und Zukunftsplanung zuständig (ebd.). Früher hat man die Symptomatik auf eine Hirnschädigung zurückgeführt, die beispielsweise durch einen Sturz, schweren Stoß, in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder durch eine Infektion entstand. Vor über 20 Jahren kam man jedoch zu der Erkenntnis, dass nur bei maximal 5-10% der Kinder tatsächlich eine Hirnverletzung zugrunde liegt. Auch Tierversuche bestätigen den Zusammenhang zwischen Hirnläsionen im vorderen Bereich und ADHS (vgl. Barkley 2011, 112). Bei Verletzungen anderer Hirnareale treten keine ADHS-Symptome auf. Das weist darauf hin, dass die vordere Hirnregion eine wichtige Rolle bei der Entstehung von ADHS spielt und wahrscheinlich Entwicklungsanomalien in diesem Bereich zugrunde liegen (vgl. Barkley 2011, 113).

2.3.3 Entwicklungsanomalien/neurologische Aspekte:

Bei der Entstehung von ADHS stehen die Katecholamine⁴, das Dopamin und das Noradrenalin im Vordergrund. Diese Transmittersysteme haben jedoch einen hohen Funktionszusammenhang mit anderen Neurotransmittern der ebenfalls berücksichtigt werden muss (vgl. Kahl 2007, 8).

Man geht heute von zwei Aufmerksamkeitssystemen aus. Das noradrenerg⁵ gesteuerte hintere Aufmerksamkeitssystem reguliert die Vigilanz⁶ und richtet die

⁴ Katecholamine: „Gruppe von Hormonen, die von wesentlicher Bedeutung im zentralen und vegetativen Nervensystem sowie im motorischen System sind. Die 3 Hormone aus der Gruppe der K. sind ->Adrenalin, ->Noradrenalin und ->Dopamin“ (Zit. Dorsch 1994, 375).

⁵ noradrenerg: „durch Noradrenalin bewirkt; auf Noradrenalin ansprechend“ (Zit. DUDEN 1998, 522).

Aufmerksamkeit aus. Das dopaminerg⁷ gesteuerte vordere Aufmerksamkeitssystem übernimmt die Fokussierung der Aufmerksamkeit (ebd.). Auch für die Hyperaktivität und Impulsivität gibt es biochemische Hypothesen und Befunde, die mit den dopaminergen Neuronenaktivitäten und noradrenergen Transmittersystemen in Zusammenhang stehen (ebd.).

Die Rolle von Serotonin bedarf weiterer Klärung (ebd.).

Forscher gehen davon aus, dass bei Menschen mit ADHS eine Störung im Zusammenspiel der Neurotransmitter vorliegt. Untersuchungen der Rückenmarksflüssigkeit ergaben einen möglichen Dopaminmangel (Barkley 2011, 113). Bei der Entstehung von ADHS spielen mindestens zwei Gene, die mit der Regulierung des Dopaminhaushaltes zusammenhängen, eine wesentliche Rolle: das Dopamin-Transporter-Gen und das Dopamin-Rezeptor-Gen. Dem heutigen Wissensstand zufolge ist es wahrscheinlich, dass auch eine Störung im Noradrenalinhaushalt vorliegt (vgl. Barkley 2011, 114).

Hirndurchblutung:

Grundsätzlich gilt, dass je mehr Aktivität in einem Hirnareal stattfindet, desto besser ist es durchblutet (vgl. Barkley 2011, 115). Einigen Studien zufolge liegt bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen eine verminderte Durchblutung des Frontalhirns vor. Die zerebrale Aktivität ist daher vermutlich auch vermindert (vgl. Döpfner 2002, 27). Einer Studie von Lou, Henriksen und Bruhn (1984) zufolge ist bei Kindern mit ADHS der vordere Hirnbereich weniger durchblutet, als bei Kindern ohne ADHS. Dies betrifft vor allem den Nucleus caudatus und das dazugehörige Striatum, das wichtig für die Verhaltenshemmung und die Konzentration ist. Der Nucleus caudatus verbindet die vorderste Hirnregion mit dem limbischen System, das wiederum unter anderem für die Steuerung von Emotionen, die Motivation und das Gedächtnis verantwortlich ist. Eine Stimulanzengabe erhöht die Durchblutung in diesen Regionen auf ein fast normales Niveau. Eine Reihe von Studien bestätigten diese Ergebnisse (vgl. Barkley 2011, 115).

⁶ Vigilanz: „a) Aufmerksamkeit; b) Zustand erhöhter Reaktionsbereitschaft (Psychol.)“ (Zit. DUDEN 1998, 788).

⁷ dopaminerg: „durch Dopamin bewirkt; auf Dopamin ansprechend“ (Zit. DUDEN 1998, 227).

Hirnströme:

EEG-Messungen ergaben ebenfalls eine geringere Hirnaktivität im vorderen Hirnbereich bei Menschen mit ADHS im Vergleich zu Menschen ohne ADHS. Buchsbaum und Wender (1974) fanden bei einer EEG-Untersuchung heraus, dass die Hirnstromreaktionen auf bestimmte Reize bei Kindern mit ADHS bei der Ableitung von evozierten (ereignisbezogen) Potenzialen nicht altersentsprechend ausgereift sind, sondern denen von kleineren Kindern ohne ADHS entsprechen. Behandelt man sie jedoch mit Stimulanzen, so verringert sich die Differenz zu Gleichaltrigen ohne ADHS (vgl. Barkley 2011, 114).

2.3.4 Hirnstruktur:

Hynd, Marshall und Gonzales (1993) fanden mittels MRT heraus, dass der Nucleus caudatus bei ADHS-Kindern auf der rechten Seite etwas größer ist als auf der linken Seite, besonders bei Buben. Bei Kindern ohne ADHS ist das genau umgekehrt der Fall. Der Nucleus caudatus könnte demnach bei Kindern mit ADHS linksseitig unterentwickelt sein. Hynd et al. (1990, 1991) wiesen in ihren Studien nach, dass Kinder mit ADHS im Vergleich zu normalen Kindern über weniger Hirnsubstanz im rechten vorderen Bereich verfügen. Das Corpus callosum, das die beiden Gehirnhälften miteinander verbindet und so einen Informationsaustausch zwischen den beiden Hemisphären ermöglicht, ist bei ADHS-Kindern kleiner als bei anderen Kindern (vgl. Barkley 2011, 119).

Kürzlich zeigten auch Untersuchungen von Castellanos, Giedd et al. und von Filipek et al. auf, dass gewisse Hirnareale bei ADHS-Kindern kleiner sind (vgl. Barkley 2011, 120).

„In diesen Studien zeigte sich, dass die rechte vordere Region, verschiedene Strukturen in den Basalganglien (Striatum und Globus pallidus) sowie bestimmte Regionen auf der rechten Seite des Kleinhirns bei den Kindern mit ADHS signifikant kleiner waren als bei normalen Kindern“ (zit. Barkley 2011, 120).

Zudem belegten andere Studien mittels funktionaler MRT eine niedrigere Hirnaktivität in der rechten vorderen Region bei ADHS-Kindern während sie sich

mit Aufgaben beschäftigten, die eine Verhaltenshemmung erfordern (vgl. Barkley 2011, 120).

2.4 Risikofaktoren/Einflussfaktoren:

Risikofaktoren verursachen ADHS nicht, aber erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind eine ADHS entwickelt (vgl. Barkley 2011, 138). Im Folgenden werden einige solcher Faktoren dargestellt.

2.4.1 Psychosoziale Faktoren:

Es gab lange Zeit Kontroversen über den ursächlichen Einfluss von psychosozialen Faktoren auf die Entstehung von ADHS. Neuere Studien haben diesen Einflussfaktor relativiert. Dennoch überwiegen Ergebnisse von Studien, die die Bedeutung einer psychosozialen Komponente und ADHS nachweisen. Psychosoziale Faktoren wie soziokulturelle Deprivation, familiäre Probleme und dysfunktionale Eltern-Kind Beziehungen wurden als Risikofaktor für asoziale und aggressive Verhaltensweisen nachgewiesen, scheinen jedoch „bei ADHS zugunsten genetischer Anteile weniger ins Gewicht zu fallen“ (zit. Brandau 2004, 46ff). Diese aggressiven, oppositionellen und unsozialen Verhaltensweisen spielen jedoch bei ADHS auch eine wichtige Rolle. Es stellt sich daher die Frage, ob psychosoziale Faktoren diese Symptome sekundär bedingen, ob ADHS das Risiko dieser Verhaltensweisen fördert oder diese beiden Komponenten interagieren. Dem derzeitigen Forschungsstand zufolge scheinen psychosoziale Faktoren bei der Entstehung von ADHS zwar kaum eine Rolle zu spielen, sehr wohl jedoch bei der Intensität der Ausprägung und bei der Entstehung sekundärer Begleitstörungen. Laut Prekop und Schweitzer (1993) kann zwischen einer angeborenen und angelernten Hyperaktivität unterschieden werden. Erlernt wird diese, wenn Eltern zu wenig Strukturierung geben und zu nachgiebig in der Erziehung sind (vgl. Brandau 2004, 46ff).

Dies entspricht auch der deutschen Bundesärztekammer, die auf die Frage, ob ADHS in den letzten Jahren zugenommen hat, folgendes schreibt:

„Verschiedene Untersuchungen weisen aus, dass ADHS in den letzten Jahren keinesfalls zugenommen hat. Allerdings ist die Wahrnehmung des Phänomens in den Medien und Gesellschaft deutlich gestiegen und hat mancherorts zu dem Eindruck geführt, dass ADHS häufiger geworden sei; eventuell weisen heutzutage mehr Kinder mit ADHS eine psychosoziale Beeinträchtigung auf, weil sie einerseits höheren Leistungsanforderungen (z.B. Schule) genügen müssen und es gleichzeitig an manchen Strukturhilfen (z.B. kompetente Erziehung) mangelt. Genauere Untersuchungen dazu stehen noch aus“ (zit. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3162> [13.01.2011]).

Die weit verbreitete Meinung, dass ein falsches Erziehungsverhalten Hauptursache für die Entstehung von ADHS sei, kann von wissenschaftlicher Seite nicht bestätigt werden. Es existieren laut Barkley keine Studien, die die Ansicht stützen, dass ADHS durch zu wenig Anleitung, Struktur und Disziplin in der Erziehung oder dadurch, dass man den Kindern sozusagen zu viel durchgehen lässt, entsteht. Eltern von ADHS-Kindern sind sogar oft strenger, geben mehr Anweisungen, gehen weniger auf ihr Kind ein und reagieren negativer auf ihr Kind als andere. Laut einer Forschung von Barkley reagieren ADHS-Kinder jedoch weniger auf die Anweisungen und Verbote, sind sturer und haben Schwierigkeiten über einen längeren Zeitraum das zu tun, was die Eltern von ihnen verlangen (vgl. Barkley 2011, 133ff).

Das negative Verhalten der Mütter ihren Kindern mit ADHS gegenüber kann einer weiteren Studie von Barkley zufolge, auf die Symptome der Kinder zurückgeführt werden. Unter Medikamenteneinfluss verbesserte sich nämlich die Mutter-Kind-Interaktion deutlich, das Verhalten des Kindes besserte sich und die Mutter reagierte positiver. Dabei ist es wichtig zu erwähnen, dass weder die Mütter noch die Kinder wussten, ob das Kind tatsächlich das Medikament bekam oder ein Placebo (ebd.).

Auch die Ansicht, dass eine dysfunktionale Familie, chaotische Familienverhältnisse oder ähnliches ADHS verursachen können, wird von Barkley nicht unterstützt. Zwar sind Eltern von Kindern mit ADHS öfter Alkoholiker, weisen häufiger Depressionen und antisoziales Verhalten auf, haben

häufiger Eheprobleme, ziehen häufiger um und fühlen sich eher gestresst. Das alles spricht nicht für ein stabiles Zuhause. Viele dieser Probleme können jedoch auf erbliche Faktoren zurückgeführt werden, da häufig auch die Eltern von der Störung betroffen sind. Das bedeutet, dass es sich hier nicht um die Ursache von ADHS handelt, sondern um Risikofaktoren, auf die ich später noch genauer eingehen werde. Die Ergebnisse diverser Studien lassen darauf schließen, dass das Verhalten von Kindern mit ADHS das Familienleben negativ beeinflussen kann, da es eine Belastung für die Eltern darstellt (ebd.).

Nach Ansicht der österreichischen Experten, die in der Studie von Dieplinger befragt wurden, stellen die Familie selbst und die Erziehung jedoch die wesentlichsten Einflussfaktoren für den Ausprägungsgrad und Verlauf von ADHS dar. Viele Familien haben einen langen Leidensweg hinter sich, bis sie schließlich zur Diagnose ADHS gelangen. Die Eltern-Kind-Bindung ist daher meist von vielen Konflikten gezeichnet und sehr belastet. Wesentliche Faktoren, die die Eltern-Kind-Bindung beeinflussen, sind die Persönlichkeit der Eltern, ihr gewählter Erziehungsstil, wie sie sich ihrem ADHS-Kind gegenüber verhalten und der Ausprägungsgrad der ADHS-Symptome des Kindes. Bindungsstörungen stellen daher auch einen großen Einflussfaktor dar (vgl. Dieplinger 2003, 83, 120). Die Eltern sind oft mit der Erziehung des ADHS-Kindes überfordert, sie sind erschöpft, zwischen ihnen herrscht Uneinigkeit und es gibt viele Schuldzuweisungen, vor allem vom Vater an die Mutter, da diese meistens die Haupterziehungsarbeit leistet. Die Mütter sind sehr belastet und es kommt oft zu einer sozialen Isolierung, da die ADHS-Kinder überall auffallen, die Eltern sich oft für das Verhalten ihrer Kinder schämen, Angst vor Vorwürfen haben, dass sie alles falsch machen und daher oft lieber zu Hause bleiben. Die Eltern gehen häufig auf die Forderungen des Kindes ein, um Ruhe zu haben, und sind daher inkonsequent, was besonders auf Kinder mit ADHS einen verhängnisvollen Einfluss hat (vgl. Dieplinger 2003, 85ff, 124, 128ff).

Orientierungslose Erziehungsstile, Vernachlässigung, unstrukturierte Tagesabläufe, chaotische Zustände, Inkonsequenz, kongruente Botschaften, Laissez-faire-Stil, permissive Erziehungsstile, aber auch zu extreme Autorität wirken sich ungünstig auf ADHS-Kinder aus, so die von Dieplinger (2003)

befragten Experten. Besonders wichtig für die Erziehung ist es, dass Eltern erkennen, dass ihre Kinder nicht ‚boshaft‘ sind (vgl. Dieplinger 2003, 86-88, 125). Die befragten Experten sind sich darin einig, dass sich eine offene, klar strukturierte, bestimmte, liebevolle, zuwendungsreiche, geduldige und konsequente Erziehung am besten auf Kinder mit ADHS auswirkt. Lob ist dabei ein sehr wichtiger Bestandteil, jedoch nicht in Form von Geschenken, sondern in Form von Zuwendung und Rückhalt. Je jünger die Kinder sind, desto mehr Autorität ist von den Eltern gefordert. Eltern sollen nicht mit ihren Kindern diskutieren, da die Klarheit und Bestimmtheit der Anweisungen dadurch an Schärfe verlieren. Meist können Kinder mit ADHS mit genauen Regeln und Grenzen gut umgehen. Dabei sollten Eltern unbedingt darauf achten, dass die Regeln eingehalten werden und, dass sie die zuvor besprochenen Konsequenzen bei deren Nichteinhaltung auch tatsächlich folgen lassen (ebd.).

Viele Kinder mit ADHS haben ein gestörtes Selbstwertgefühl, da sie ständig Sanktionen aus der Umwelt ausgesetzt sind und sich permanent ungerechtfertigt für etwas bestraft fühlen, was sie schließlich nicht mutwillig und böse gemacht haben. Es besteht ebenso die Gefahr, dass sie ihr oft hohes Maß an Aggression nicht nur gegen die Umwelt, sondern auch gegen sich selbst richten. Dabei projizieren sie die ständigen Bestrafungen in ihr Selbst und fühlen sich letztlich ungeliebt. Daher brauchen diese Kinder besonders viel Verständnis und Anerkennung (vgl. Dieplinger 2003, 89ff).

Die Leistungsfähigkeit ist bei ADHS-Kindern sehr häufig eingeschränkt. Wird das Kind zu sehr unter Leistungsdruck gesetzt oder für seine schlechten Leistungen bestraft, bezieht es auch hier die Strafe auf sein Ich, das dadurch negativ belastet wird. Das kann zu Ich-Verletzungen führen, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (ebd.).

Familiäre Risikofaktoren:

Wie schon zuvor erwähnt, besteht für Kinder, deren Vater oder Mutter ADHS hat, aufgrund der Erbfaktoren ein höheres Risiko, auch selbst eine ADHS zu entwickeln. Leidet ein Kind an ADHS, besteht für ein weiteres Geschwisterkind ein im Durchschnitt 25-35% höheres Risiko, ebenfalls ADHS zu haben. Buben sind - wie schon erwähnt - öfter betroffen als Mädchen (vgl. Barkley 2011, 138).

„Bei den anderen familiären Risikofaktoren, die mit einem frühen Auftreten und dem Fortbestehen der Störung verbunden sind, handelt es sich um (1) ein niedriges Bildungsniveau der Mutter, (2) einen niedrigeren sozioökonomischen Status der Eltern, (3) Aufwachsen bei einem allein erziehenden Elternteil bzw. (4) in der Familie, die vom Vater verlassen worden ist“ (zit. Barkley 2011, 138).

Untersuchungen über einen möglichen Zusammenhang von ADHS und sozialen Indikatoren wie sozioökonomischer Status, Familiengröße usw. brachten widersprüchliche Ergebnisse. So wurden zum Beispiel bei einer Studie von Taylor et al. (1991) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Hyperaktivität und den zuvor genannten sozialen Indikatoren gefunden, und andere Studien bestätigen dieses Ergebnis. Allerdings konnten andere Untersuchungen sehr wohl einen Zusammenhang zwischen ADHS und sozial benachteiligtem Milieu nachweisen. Möglicherweise sind diese Widersprüche dadurch erklärbar, dass die Komponente der Aufmerksamkeit stärker von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird, als die hyperaktiv-impulsive (vgl. Brandau 2004, 48).

Sindelar (1999) stellte fest, dass die meisten ihrer österreichischen ADHS-Patienten aus dem städtischen und kleinstädtischen Bereich kommen. Das bedeutet, dass das Leben in der Stadt ein weiterer Risikofaktor für ADHS darstellen könnte, wenn auch keinen ursächlichen (ebd.).

Schwere frühe Bindungsstörungen zum Beispiel bei depressiven Müttern könnten ein weiteres psychosoziales Risiko zur Entstehung von ADHS darstellen. Studien von Schore (2000) zeigen, dass das frühe Bindungsverhalten einen starken Einfluss auf die Selbstregulierung und Modulation der Neurotransmitter des Säuglings hat. So führen laut Weinstein et al. (2000) frühe Misshandlungserfahrungen oder sexueller Missbrauch zu ADHS-Symptomen (vgl. Brandau 2004, 47).

Wie schon zuvor erwähnt, scheinen elterliche psychiatrische Krankheiten, besonders Depression der Mutter, einen nachhaltigen Einfluss auf ADHS zu haben. In manchen Studien wird in diesem Zusammenhang jedoch eher von einer situationsspezifischen Hyperaktivität im häuslichen Bereich gesprochen, die aber nicht im schulischen Bereich auftritt (vgl. Brandau 2004, 48).

Hechtmann verglich in einer Langzeitstudie über 10 Jahre Daten von 65 Familien mit einem ADHS-Kind mit denen von 43 Familien ohne Auffälligkeiten. Hierin betont er die Bedeutung von psychosozialen Faktoren. Die Familien mit einem ADHS-Kind waren erheblich stärker mit Problemen belastet als die Kontrollgruppe. Wenn die Kinder jedoch medikamentös behandelt und älter wurden, nahmen diese Probleme deutlich ab. Vor allem die Interaktion mit dem ADHS-Kind wurde als Belastung und Stress empfunden. Untersuchungen die familiäre Hierarchie betreffend zeigen, dass bei den Familien mit einem ADHS-Kind die klaren Generationsgrenzen zwischen Eltern und Kind weniger deutlich gezogen werden. Das wirkt sich meist hinderlich bei der Lösung familiärer Probleme aus, vor allem, wenn das Kind als mächtiger erlebt wird als ein Elternteil (vgl. Brandau 2004, 47ff).

Mütter, so Baker (1994), fühlen sich durch ihre ADHS-Kinder gestresster als Väter. Bei dieser Untersuchung wurde jedoch nicht die Zeit, die jedes Elternteil mit dem ADHS-Kind verbringt, berücksichtigt. Wenn die Mutter also die Hauptlast der Erziehung trägt, überrascht es nicht, dass Mütter gestresster sind. Je länger die Eltern verheiratet waren, desto geringer war der elterliche Stress (ebd.).

Schwangerschaft:

Treten während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung Komplikationen auf, kommt es bei den Kindern häufiger zu ADHS. Dies geschieht, indem sie die Gehirnentwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen. Die Häufigkeit der Komplikationen ist dabei entscheidender als die Art der Komplikationen (vgl. Barkley 2011, 138ff).

Hat die Mutter ADHS, so gibt sie während der Schwangerschaft meist weniger auf sich Acht, was ebenfalls zu Komplikationen führen kann. Allerdings spielen in diesem Fall wiederum die Erbfaktoren eine wesentlichere Rolle (ebd.).

Einigen Studien zufolge erhöht sich das Risiko für die Entwicklung von ADHS bei Frühgeburten oder Kindern mit einem niedrigen Geburtsgewicht um das 5- bis 7-fache. Dies könnte eventuell dadurch erklärt werden, dass es bei diesen Säuglingen häufiger zu kleinen Hirnblutungen kommt. Über 40% der Babys mit einem solchen Befund entwickelten später ADHS (ebd.).

In einigen Studien, darunter beispielsweise Milberger et al. (1992), wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Menge während der Schwangerschaft

gerauchter Zigaretten und dem Risiko einer späteren Entwicklung von ADHS der Kinder nachgewiesen. Weitere Studien weisen auch darauf hin, dass die Menge des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft in direktem Verhältnis zum Risiko einer Entwicklung von Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität des Kindes steht. Da es sich hierbei jedoch nur um statistische Zusammenhänge handelt und diese irreführend sein können, ist Vorsicht bei Ursache-Wirkung-Aussagen geboten. Die ADHS der Kinder könnte beispielsweise auch auf genetische Faktoren zurückzuführen sein, da bekannt ist, dass Erwachsene mit ADHS mehr Alkohol zu sich nehmen als andere (vgl. Barkley 2011, 120).

Tierversuchen zufolge, haben Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft Auswirkungen auf die Entwicklung des Nucleus caudatus und die vordere Hirnregion des Fötus (ebd.).

Temperament/interkulturelle Aspekte:

Forschungen über Aspekte des menschlichen Temperaments wurden bisher nur äußerst selten in die klinisch-psychiatrische Forschung integriert. Temperamentforscher kritisieren das Konzept des ADHS als eine „Fehleinschätzung einer Störung, bei der es sich um intensivere Ausprägungen von Temperamentsfaktoren handeln könnte“ (zit. Brandau 2004, 18). Laut Thomas und Chess (1977) werden 9 Temperamentsfaktoren unterschieden:

Aktivität, Rhythmus, Annäherung-Vermeidung, Anpasstheit, Ausdauer und Aufmerksamkeitsspanne, Ablenkbarkeit und die sensorische Reizschwelle. Bestimmte Kombinationen dieser Faktoren haben ein höheres Risiko, mit den Anforderungen und Erwartungen einer Gesellschaft (der Umwelt) zu kollidieren, wie etwa eine geringe Ausdauer und Aufmerksamkeitsspanne, hohe Ablenkbarkeit und ein hohes Aktivitätsniveau (vgl. Brandau 2004, 18).

Carvey und McDevitt (1995) sind der Meinung, dass viele diagnostizierte ADHS-Kinder lediglich Abweichungen des Temperaments aufweisen, die nicht zur jeweiligen Umwelt (zum Beispiel der Schule) passen. Sie schlagen daher vor, zwar das ADHS-Konzept beizubehalten, es jedoch bezüglich der Funktionen von Aufmerksamkeit, kognitiver Informationsverarbeitung, Motivation und Temperament diagnostisch wesentlich genauer zu differenzieren (ebd.).

Laut Carey und McDevitt werden viele Kinder psychiatrisiert, „obwohl vielleicht nur ihr Temperament mit ihrer sozialen Umgebung schlecht zusammenpasst“ (zit.

Brandau 2004, 42ff). Es ist jedoch sehr schwierig, Faktoren des Temperaments und der Persönlichkeit voneinander abzugrenzen (vgl. Brandau 2004, 43).

Barkley weist ebenfalls darauf hin, dass ADHS auch damit erklärt werden kann, dass es sich bei der Störung lediglich um eine extreme Ausprägung ganz normaler Charaktereigenschaften handelt. Ab wann diese als krankhaft bezeichnet wird, hängt davon ab, wo wir die Grenze ziehen (vgl. Barkley 2011, 125).

Interkulturelle Studien sollen dabei helfen abzuklären, ob bestimmte Verhaltensmuster von ADHS in anderen Kulturkreisen vielleicht als normale oder unauffällige individuelle Merkmale der Persönlichkeit oder des Temperaments gelten und ob und wie ADHS vom kulturellen Kontext abhängt. Studien zu diesem Thema gibt es leider kaum und sind zum Teil älteren Datums. Sie zeigen jedoch, dass die Toleranz gegenüber den Verhaltensweisen von ADHS interkulturell verschieden ist (vgl. Brandau 2004, 52).

„Motorische Unruhe ist sowohl bei auffälligen und unauffälligen Kindern stark von Faktoren wie Entwicklungsstand, Alter, Art der Tätigkeit und Situation abhängig. Auch gibt es keine klare Unterscheidung zwischen normaler und abnormaler motorischer Aktivitätslage, da diese Ausprägung auch von Faktoren wie Temperament und Kulturkreis beeinflusst wird. So würden in Japan italienische Kinder schneller aufgrund ihrer auch motorischen Aktivität und Lautstärke auffallen als umgekehrt häufig selbstkontrollierte japanische Kinder in Italien“ (zit. Brandau 2004, 16).

„Alle Studien zeigen jedoch, dass das Geschlecht und die Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen entscheidenden Einfluss auf die Prävalenz haben“ (zit. Brandau 2004, 24).

2.5 Neue Sicht auf ADHS:

Barkley stellt eine neue Sichtweise auf ADHS vor, die im Folgenden dargestellt wird.

Bekanntlich sind die drei Hauptprobleme bei ADHS die Aufmerksamkeitschwäche, Hyperaktivität und die Impulsivität. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass alle verschiedenen Problematiken von ADHS möglicherweise auf ein Kernproblem, nämlich eine beeinträchtigte Verhaltenshemmung (Disinhibition), zurückgeführt werden können (vgl. Barkley 2011, 87-88). Das hat wiederum zur Folge, dass die Instanz, die für die Regulierung, Kontrolle und Steuerung des Verhaltens zuständig ist, bei ADHS-Kindern weniger gut seiner Aufgabe nachkommt, es also sozusagen zu einer mangelnden Selbstkontrolle kommt (vgl. Barkley 2011, 90).

Der Philosoph, Mathematiker und Physiker Jacob Bronowski schrieb in den 70er Jahren einen Essay über die einzigartige Sprachentwicklung beim Menschen, die uns vom Tierreich abhebt, weil wir die Fähigkeit entwickeln, unsere Reaktionen hinauszuzögern und nicht sofort auf alle Signale und Reize der Umwelt reagieren müssen (ebd.).

„Die Fähigkeit, den Impuls zu unterdrücken, sofort zu reagieren und stattdessen erst einmal abzuwarten, versetzt uns nach Bronowski in die Lage, (1) einen Sinn für das Vergangene und davon ausgehend einen Sinn für das Zukünftige zu entwickeln, (2) mit uns selbst zu sprechen und mit Hilfe dieser Selbstgespräche das eigene Verhalten zu steuern, (3) bei unserer Bewertung von Ereignissen zwischen Gefühlen und Informationen zu unterscheiden, sowie (4) eingehende Informationen oder Botschaften in ihre einzelnen Bestandteile zu zerlegen und diese dann neu zu ausgehenden Botschaften oder Reaktionen zusammenzusetzen (*Analyse und Synthese*)“ (zit. Barkley 2011, 90).

Barkley weist darauf hin, dass er zwischen Punkt 3 und Punkt 4 die Fähigkeit, Gefühle zu verinnerlichen und diese für eine zielgerichtete Selbstmotivation zu nutzen, einfügen würde. Bei Kindern mit ADHS müssten diese fünf Fähigkeiten in ihrer Entwicklung verzögert und schwach ausgeprägt sein (vgl. Barkley 2011, 90).

Nutzbarmachung von Erfahrungen:

Nach Bronowski befähigt uns das Hinauszögern-können von Reaktionen dazu, dass wir Ereignisse länger im Gedächtnis behalten, diese immer wieder abrufen und so zu einem späteren Zeitpunkt darüber nachdenken und mit Erinnerungen abgleichen können. Damit werden unsere früheren Erfahrungen zur Grundlage für unser aktuelles Verhalten, da wir aus unseren Fehlern lernen. Zudem sind wir in der Lage, vergangene Ereignisse gedanklich zu verknüpfen um uns Zukunftsszenarien auszumalen, Pläne zu machen und uns mit anderen über die Ergebnisse der Überlegungen austauschen. ADHS-Kinder leben hingegen sozusagen im Augenblick und können ihr Verhalten nicht lange genug hemmen, um Vergangenes in die aktuelle Situation mit einzubeziehen oder auf zukünftige Ereignisse umzulegen und sind daher, trotz eventueller Vorwarnung, auf mögliche Konsequenzen völlig unvorbereitet und von ihnen überrascht. Das würde auch ihre erhöhte Risikofreude und Unvorsichtigkeit erklären (vgl. Barkley 2011, 90ff).

Internalisiertes Monologisieren und Selbstkontrolle:

Bronowski deutet darauf hin, dass nur der Mensch mit sich selbst sprechen kann, während andere Lebewesen ausschließlich miteinander kommunizieren. Kleinkinder sprechen zunächst auch nur mit anderen Menschen, etwas später sprechen sie dann beim Spielen laut mit sich selbst. Im eintretenden Schulalter bewegen sie nur noch die Lippen um schließlich zur Fähigkeit des internalisierten Sprechens zu gelangen. Zur gleichen Zeit verläuft daneben eine Entwicklung vom reinen Dinge beschreiben bis hin zur Fähigkeit sich selbst Anweisungen zu geben, also der Selbstinstruktion. Dadurch können wir zielstrebig und planvoll handeln und lassen uns nicht so leicht von unserem Kurs abbringen. Zudem können wir uns selbst motivierende Anweisungen geben und durch Einbeziehung von Erfahrungen entsprechende Anweisungen formulieren um es diesmal besser zu machen. Wir können uns also, mit unserem Sinn für Zukünftiges, Pläne und Ziele setzen und uns selbst Anweisungen und Regeln geben, um unser Ziel zu erreichen. Diese Fähigkeit wird als regelgeleitetes Verhalten bezeichnet. Haben wir noch keine Erfahrungen mit einer Sache, können wir unsere Reaktion hemmen, alte Regeln für die neue Situation modifizieren und so das Problem

lösen. Unser Verhalten ist durch die Regelbefolgung beständiger und wir sind dadurch weniger leicht ablenkbar. Kinder mit ADHS sind in Bezug auf die Fähigkeit mit sich selbst zu kommunizieren, sich an Regeln zu halten oder eigene Regeln aufzustellen, ihren Altersgenossen unterlegen (vgl. Barkley 2011, 94ff).

Realität versus Emotion:

Wenn wir unsere Reaktion hinauszögern können, verschafft uns das Zeit, um die Information, die wir bekommen, bezüglich deren emotionaler Bedeutung für uns und dem Ereignis selbst zu unterscheiden. Dadurch können wir die Situation gewissermaßen von außen betrachten, ohne uns von unseren Gefühlen beeinflussen zu lassen. Wir halten einen Moment inne, bringen unsere Gefühle unter Kontrolle und reagieren erst dann. Zwar schaffen wir das nicht immer, sind aber meistens doch dazu in der Lage, besonders wenn es eine bestimmte Situation erfordert. Menschen mit ADHS, die in ihrer Verhaltenshemmung gestört sind, reagieren unmittelbar und daher sehr emotional. Bei kleinen Kindern sehen wir das noch als eine normale Reaktion an, in fortschreitendem Alter jedoch, akzeptieren wir dieses emotionalgesteuerte Verhalten in unserer Gesellschaft nicht mehr. Menschen mit ADHS sind meist leidenschaftlicher und emotionaler, was allerdings auch nicht immer von Nachteil sein muss (vgl. Barkley 2011, 97ff).

Internalisierung der Motivation:

Wie schon im vorigen Punkt beschrieben, sind wir also in der Lage, unsere Reaktionen für eine Zeit zurückzustellen, um zwischen unseren Gefühlen und der Information unterscheiden zu können. Das gibt uns Zeit, unsere emotionalen Reaktionen abzuschwächen, abzuschalten oder so zu verändern, dass wir adäquat auf die Situation reagieren können. Die Gefühle sind zwar da, sind allerdings für andere nicht sichtbar. In der Zeit in der wir unsere Reaktion zurückhalten, führen wir einen inneren Monolog, in dem wir beispielsweise die Gründe abwägen, warum ein Gefühlsausbruch in dieser Situation unangemessen wäre. Außerdem erfahren wir durch unsere Gefühle, ob wir etwas positiv, negativ oder neutral bewerten und können uns auf diese Weise motivieren, mit einer Sache fortzufahren. Das bedeutet, neben den Gefühlen haben wir auch die Fähigkeit unsere Motivation zu verinnerlichen, was uns den Antrieb, die Ausdauer, den Ehrgeiz, die Willenskraft und Entschlossenheit gibt, mit etwas

fortzufahren, ohne dass wir von Belohnungen und äußerer Motivation abhängig sind. Das gelingt Kindern mit ADHS kaum, was sich beispielsweise in einer geringen Aufmerksamkeitsspanne äußert. Dieser Theorie zufolge liegt die geringe Aufmerksamkeitsdauer an der mangelhaften intrinsischen Motivation. Sie können sich nicht selbst dazu motivieren, bei einer langweiligen Aufgabe zu bleiben, sondern sind von äußeren Motivationsquellen abhängig (vgl. Barkley 2011, 100ff).

Aufspaltung und Neukombination von Informationen:

Wenn wir dabei sind Informationen zu verarbeiten, spalten wir diese zuerst in ihre Einzelteile. So erhalten wir viele verschiedene Elemente, die wir nach Belieben und auf unterschiedlichste Weise neu kombinieren können, um dann die geeignete Botschaft oder Reaktion auszuwählen. Das ist auch die Grundlage für unsere Problemlösekompetenz, Vorstellungskraft und Kreativität. Bronowski bezeichnet diesen Vorgang als ‚Rekonstitution‘. Bei Menschen mit ADHS kommt dieser Prozess, wahrscheinlich aufgrund der mangelnden Fähigkeit, ihr Verhalten beziehungsweise ihre Reaktion zu hemmen, weniger zum Tragen. Zwar gibt es noch wenige Studien, die sich mit dieser Thematik befasst haben, doch scheinen einige Ergebnisse darauf hinzuweisen. So schneiden Kinder mit ADHS in psychologischen Experimenten, in denen sie innerhalb einer vorgegebenen Zeit so viele Lösungen wie möglich für ein Problem finden sollen, schlechter ab als ihre Altersgenossen ohne ADHS. Bei einer anderen Untersuchung, in der das Neugierverhalten getestet wurde, war zu beobachten, dass Kinder mit ADHS im Vergleich zu anderen Kindern Gegenstände weniger gründlich betrachten. Das bedeutet, dass sie die Dinge weniger genau analysieren und die Prozesse des Aufspaltens und neu Kombinierens weniger effektiv nutzen (vgl. Barkley 2011, 101ff).

Die geistigen Fähigkeiten der Hemmung und Selbstkontrolle könnten sich nach Barkley folgendermaßen entwickeln:

Alter	Geistige Fähigkeit
1 Jahr	Hemmung und Verzögerung von Reaktionen
2-4 Jahre	Inneres Bild von einem Ereignis im Bewusstsein halten Entwicklung von Ich-Bewusstsein Entwicklung des Vergangenheitssinns (Rückschau) Entwicklung der Vorstellungskraft Entwicklung des Zukunftssinns (Voraussicht) Austausch mit anderen über die Zukunft Hemmung von Gefühlen Unterscheidung zwischen Gefühlen und Tatsachen Entwicklung einer sozialen Perspektive Entwicklung von Objektivität Zielorientierte Beeinflussung von Gefühlen Zielorientierte Schaffung von Motivation
3-5 Jahre	Verinnerlichung von Sprache Befolgung vorgegebener Regeln Befolgung eigener Regeln Austausch von Regeln mit anderen Abnahme des Einflusses der momentanen Situation auf das eigene Verhalten Verstärkung des Einflusses der Voraussicht auf das eigene Verhalten Ausrichtung des Verhaltens auf die Zukunft hin

7-12 Jahre	„Auseinandernehmen“ der Umwelt Zusammensetzen der Bestandteile zu neuen Gedanken Entwicklung der Kreativität
------------	--

*Tabelle 1: „Möglicher Ablauf der Entwicklung von Hemmung und Selbstkontrolle“
zit. Barkley 2011, 104*

Die Fähigkeit sein Verhalten zu hemmen fängt am Ende des ersten Lebensjahres an sich zu entwickeln. Der Reifungsprozess dauert dann ungefähr 20-30 Jahre an. Wenn wir dazu fähig sind, unsere Reaktionen zu verzögern, kann wahrscheinlich auch die Reifung der anderen zuvor beschriebenen Fähigkeiten beginnen.

Tabelle 1 beschreibt, wann sich vermutlich welche dieser Fähigkeiten entwickeln. Dies geschieht in einem Entwicklungsprozess. Die einzelnen Entwicklungsstadien überschneiden sich dabei (vgl. Barkley 2011, 103ff).

Die Fähigkeit zwischen Gefühlen und Informationen zu unterscheiden entwickelt sich laut Bronowski kurz nach der Fähigkeit zur Verhaltenshemmung, also ungefähr im zweiten oder dritten Lebensjahr. Kurz darauf bildet sich der Sinn für die Vergangenheit und das Zukunftsbewusstsein. Anschließend kommt es zur Entwicklung der Fähigkeit mit sich selbst zu sprechen, zuerst laut bis hin zum internalisierten Sprechen, gefolgt von der Fähigkeit Gefühle zu verbergen. Zuletzt bildet sich die Fähigkeit Botschaften in Einzelelemente zu zerlegen und diese zu völlig neuen Gedanken und Botschaften zusammenzufügen. Wann genau das passiert, ist unklar. Wie zuvor erwähnt, handelt es sich hierbei um Prozesse, die Fähigkeiten entwickeln sich nicht von heute auf morgen und sind zeitlich nicht exakt voneinander abzugrenzen (ebd.).

Barkley nimmt an, dass sich all diese Fähigkeiten bei Kindern mit ADHS erst später und schwächer entwickeln als bei anderen Kindern. Sie können ihr Verhalten nicht lange genug hemmen, um Zeit für den Ablauf der anderen Prozesse zu gewinnen (ebd.).

Betrachtung des Willens aus neurologischer Sicht:

Zusammenfassend könnte man sagen, dass es sich dieser Theorie zufolge bei ADHS um eine Entwicklungsstörung der Selbstkontrolle handelt. Die Fähigkeit

zur Verhaltenshemmung entsteht, einer Reihe von Studien zufolge, im orbital-frontalen Cortex. Genau dieser Bereich des Gehirns und einige andere, sind bei Menschen mit ADHS sowohl kleiner, als auch weniger aktiv, als bei Menschen ohne ADHS. Diese Bereiche des Gehirns müssten also auch eine Bedeutung für diese fünf geistigen Prozesse haben, die sich aus der Fähigkeit das eigene Verhalten zu hemmen, ergeben. Dies scheint im Hinblick auf Erkenntnisse über, in diesen Hirnregionen verletzten Menschen und Primaten, wahrscheinlich (vgl. Barkley 2011, 105ff).

Die weit verbreitete Ansicht, dass die Selbstkontrolle und der freie Wille allein Sache des Individuums und der Erziehung sei, wäre mit diesen Erkenntnissen widerlegt. Zudem sollte den betroffenen Kindern angesichts dieser Erkenntnisse mehr Verständnis entgegengebracht werden. Das bedeutet jedoch nicht, sie vollständig der Verantwortung ihres Handels zu entheben. Es ist zwar für sie schwieriger, den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und den Konsequenzen zu erkennen, jedoch nicht unmöglich. Der zeitliche Abstand zwischen der Tat und den Konsequenzen bereitet Kindern mit ADHS Schwierigkeiten. Daher ist es wichtig, sie sogar eher mehr für ihr Verhalten zur Verantwortung zu ziehen, indem man unmittelbarer, häufiger und auffälliger Konsequenzen setzt als normalerweise, um sie dabei zu unterstützen, ihre Defizite auszugleichen. Das ermöglicht ihnen ein normaleres und einfacheres Leben (ebd.).

3 Diagnostik:

In diesem Kapitel werden zuerst die beiden allgemeinen Diagnoseschemata für ADHS vorgestellt. Neben einer kurzen Darstellung der häufigsten Begleitstörungen, wird auf die diagnostischen Vorgehensweisen eingegangen.

3.1 Klassifikation und Diagnose nach DSM-IV und ICD-10:

ADHS wird mit Hilfe der beiden meist verbreiteten Klassifikationssysteme, dem DSM-IV und dem ICD-10, diagnostiziert. Diese unterscheiden sich nicht nur in der Definition hyperkinetischer Störungen, sondern auch in deren Benennung (vgl. Döpfner 2002, 13).

Im DSM-IV wird der Begriff der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung gewählt (ebd.).

Das ICD-10 ist die internationale Klassifikation von Störungen der WHO⁸. Im ICD-10 wird die Störung als hyperkinetische Störung beziehungsweise als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bezeichnet. Für dieses Klassifikationssystem liegen klinisch-diagnostische Leitlinien und Forschungskriterien der WHO vor (ebd.).

Bei der Definition der einzelnen Symptome stimmen die beiden Klassifikationssysteme jedoch weitgehend überein (ebd.).

⁸ WHO: World Health Organization (vgl. Dorsch 1994, 873)

Die folgende Auflistung stellt eine Übersicht über die Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV dar⁹:

A) Unaufmerksamkeit

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Rahmen 2: zit. Döpfner 2002, 13ff

B) Hyperaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen

⁹ { } = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10 (zit. Döpfner 2002, 14)

Sitzenbleiben erwartet wird.

3. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegeföhl beschränkt bleiben).

Rahmen 3: zit. Döpfner 2002, 14

C) Impulsivität

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen].
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren]. {Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}

Rahmen 4: zit. Döpfner 2002, 14

Beide Diagnoseschlüssel fordern weitgehend übereinstimmend das Vorhandensein folgender Kriterien für eine ADHS-Diagnose:

- die Symptome müssen mindestens 6 Monate lang vorliegen;
- die Störungen treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf;
- diese Symptome können in mindestens zwei oder mehr Lebensbereichen (z.B. Schule und zu Hause) beobachtet werden;
- es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein (vgl. Döpfner 2002, 14ff).

3.1.1 Ausschlusskriterien:

Beide Diagnosesysteme legen übereinstimmend fest, dass die Diagnosen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung ausgeschlossen werden müssen. Das ICD-10 legt darüber hinaus eine depressive Episode oder eine Angststörung als Ausschlusskriterien fest. Nach den Kriterien des DSM-IV, dürfen die hyperkinetischen Symptome nicht durch andere psychische Störungen wie beispielsweise einer affektiven Störung, Angststörung, dissoziativen Störung oder Persönlichkeitsstörung, zutreffender beschrieben werden können (vgl. Döpfner 2002, 15).

3.1.2 Subtypen:

Das DSM-IV unterscheidet drei Subtypen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung:

Beim Mischtyp liegt sowohl eine Aufmerksamkeitsstörung, als auch Hyperaktivität und Impulsivität vor (vgl. Döpfner 2002, 15).

Beim vorherrschend unaufmerksamen Typ sind die Aufmerksamkeitsstörungen vordergründig, die Hyperaktivität und Impulsivität wenig oder nicht ausgeprägt (ebd.).

Beim vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Typ sind vor allem Hyperaktivität und Impulsivität stark ausgeprägt, während die Symptomatiken der Aufmerksamkeitsstörungen nicht oder nicht hinreichend stark auftreten (vgl. Döpfner 2002, 16).

Nach den Forschungskriterien des ICD-10 müssen für eine F90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung sowohl ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen, als auch Hyperaktivität und Impulsivität, situationsübergreifend in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen vorliegen. Wenn zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt, spricht man im ICD-10 von einer F90.1 Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens.

Wenn einzelne Symptomkriterien nicht voll erfüllt sind, kann in beiden Diagnoseschlüsseln eine weitere Kategorie gewählt werden. Diese werden als ‚nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung‘ beziehungsweise als ‚nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung‘ bezeichnet.

Das ICD-10 sieht zusätzlich Kombinationsdiagnosen für die häufigsten komorbiden Störungen vor, wie das zuvor erwähnte Beispiel des F90.1 (vgl. Döpfner 2002,17).

In einem solchen Fall können im DSM-IV Mehrfachdiagnosen gestellt werden (ebd.).

3.1.3 Differenzialdiagnostik:

Es ist besonders wichtig, hyperkinetische Störungen von anderen Störungsbildern oder Bedingungen, die ähnliche Symptome hervorrufen können, abzugrenzen (vgl. Döpfner 2002, 17).

Hyperkinetische Symptome können beispielsweise bei einer schulischen Über- oder Unterforderung, bei Intelligenzminderung, geistiger Behinderung oder als Folge von chaotischen psychosozialen Bedingungen auftreten (vgl. Döpfner 2002, 18).

Die Symptome von ADHS lassen sich oft nur schwer von einer affektiven Störung, Angststörung, dissoziativen Störung oder Persönlichkeitsstörung abgrenzen (vgl. Döpfner 2002, 18ff).

3.2 Komorbiditäten:

Unter Komorbidität versteht man das gehäufte Auftreten von einer Störung mit einer anderen psychischen Störung, also eine Begleiterkrankung.

Ungefähr 50-80% der Kinder mit ADHS erfüllen die Diagnosekriterien für mindestens eine weitere Erkrankung. Zu den häufigsten komorbiden Störungen

zählen Entwicklungsstörungen, oppositionelle Verhaltensstörung, Lern- und Leistungsstörungen, Tics und emotionale Störungen (vgl. Kahl 2007, 37).

Eine reine, isolierte ADHS tritt selten auf. Auch mehrere Begleitstörungen können gleichzeitig mit ADHS auftreten (vgl. Brandau 2004, 57). Ein Beispiel dafür könnte etwa eine Kombination von ADHS, Legasthenie und einer Störung des Sozialverhaltens sein (ebd.).

Die Häufigkeit von Begleitstörungen variiert in der Literatur, da sie sowohl von den verwendeten Klassifikationsschemata, als auch davon abhängig ist, ob es sich um klinisch-psychiatrische oder epidemiologische Untersuchungen handelt (ebd.).

Die Diagnose wird durch das komplexe Störungsbild von ADHS und deren Komorbiditäten erschwert. Diese nehmen zudem einen wesentlichen Einfluss auf die Behandlung, den Verlauf und die Prognose der Störung und spielen daher eine besonders wichtige Rolle bei der Diagnostik und der Therapie (ebd.).

Zu den häufigsten Komorbiditäten von ADHS zählen Störungen des Sozialverhaltens. Diese werden auf zirka 40-70% aller ADHS-Fälle geschätzt. Dazu gehören oppositionelles Trotzverhalten und dissoziales Verhalten (ebd.).

Die häufigste komorbide Störung sind oppositionelle Verhaltensstörungen, die bei mindestens der Hälfte der Kinder mit ADHS auftreten. Im späteren Kindes- und Jugendalter kommt es häufig zu aggressiv-dissozialem Verhalten (vgl. Petermann, Geleitwort Barkley 2011, 3).

Etwa ein Viertel der Kinder mit ADHS weisen zusätzlich Lernprobleme und Teilleistungsstörungen auf. Zudem sind bei zirka 20% emotionale Störungen, darunter vor allem Angststörungen und depressive Störungen zu beobachten (ebd.).

3.3 Diagnostische Vorgehensweisen:

ADHS wird heute sowohl häufiger als auch schneller diagnostiziert. Dies liegt vor allem an der besseren Aufklärung und an den vielen Medienberichten, nicht daran, dass das Syndrom an sich häufiger auftritt (vgl. Dieplinger 2003, 80).

Je früher die Diagnose ADHS gestellt und mit einer Behandlung (zum Beispiel Elternttraining) begonnen wird, desto weniger deutlich und stark sind die Ausprägungen der Symptome. Meist fallen Kinder mit ADHS schon im Säuglingsalter durch vermehrtes Schreien auf, was jedoch oft fälschlicherweise auf Verdauungsprobleme zurückgeführt wird. Die Gabe von Medikamenten kann oft länger hinausgezögert werden, wenn das Kind gut im sozialen Umfeld eingebettet ist (vgl. Dieplinger 2003, 82).

Die diagnostische Vorgehensweise erweist sich bei hyperkinetischen Störungen in der Praxis als heterogen (vgl. Kahl 2007, 11).

Die Diagnostik von ADHS ist schwierig, oft subjektiv und basiert meist auf klinischen Diagnosen, die von direkten Beobachtungen, Elterninterviews, Lehrerinterviews, verhaltensverankerten Beurteilungsskalen, Situationsfragebögen und medizinischen Gutachten abhängig sind. Um die Diagnosestellung zu erleichtern, sind multidisziplinäre Teams wichtig, die sich aus Kinderärzten, Kinderpsychiatern, Eltern, Lehrern, Therapeuten und Psychologen zusammensetzen (vgl. American Educational Research Association Stable 2002, 65).

Von zentraler Bedeutung ist ein ausführliches Anamnesegespräch, bei dem sich der Untersucher ein umfassendes Bild über das Kind und dessen Lebensumstände macht. Dabei werden beispielsweise die Entwicklungsgeschichte des Kindes und der Familie, die medizinische Krankheitsgeschichte des Kindes, seine schulische Entwicklung, soziale Schwierigkeiten und ähnliches genauer beleuchtet. Die Intensität, Häufigkeit und Variabilität der Symptome im familiären und schulischen Kontext werden eingeschätzt. Auch die Erwartungshaltungen und Ziele der Beteiligten können hier eruiert werden (vgl. Kahl 2007, 12).

Die Informationsquellen sind das Kind selbst, die Eltern, Lehrer und andere Bezugspersonen des Kindes (ebd.).

Beim Gespräch mit dem Kind selbst ist auf eine altersgemäße Sprache zu achten. Hier kommt auch der Verhaltensbeobachtung des Kindes eine wichtige Rolle zu, wobei sich diese auch als irreführend herausstellen kann, da sich das Kind oft in einer Untersuchungssituation angepasst und verhaltensunauffällig zeigt. Eine mögliche Lösung dafür wäre eine Verhaltensbeobachtung im Umfeld des Kindes, also zum Beispiel in der Schule (ebd.).

Ein sehr wichtiger Schritt in der Diagnosestellung ist die Abgrenzung zu komorbiden Störungen (ebd.).

Durch das Bild, das sich der Untersucher nun vom Kind und dessen Situation gemacht hat, ist er in der Lage, weitere Untersuchungsschritte und Interventionen zu planen und einzuleiten (ebd.).

3.3.1 Fragebogenuntersuchungen:

Es gibt eine Reihe von standardisierten Fragebögen für Eltern, Kind und Lehrer, die wichtige Informationsquellen für den Untersucher darstellen. Diese helfen bei der Einschätzung der ADHS-Symptomatik und gegebenenfalls auch von Symptomatiken weiterer Psychopathologien des Kindes. Es handelt sich um Fremd- beziehungsweise Selbstbeurteilungsbögen (vgl. Kahl 2007, 12ff).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über gängige Fragebogeninstrumente:

Instrumente - störungsspezifisch	Anwendungsbereich	Altersbereich
Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher FBB-HKS (DISYPS-KJ)	Zur Fremdeinschätzung der ADHS-Symptomatik anhand der ICD-10- bzw. DSM-IV-Kriterien durch Bezugspersonen des Kindes/ Jugendlichen	6 – 18 J.
Beurteilungsbogen für Kinder und Jugendliche SBB-HKS (DISYPS-KJ)	Zur Selbsteinschätzung der ADHS-Symptomatik anhand der ICD-10- bzw. DSM-IV-Kriterien durch das Kind/ den Jugendlichen	11 – 18 J.
Screening-Instrumente für psychische Auffälligkeiten	Anwendungsbereich	Alterbereich

Fragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18, CBCL 2-3)	erfasst ein breites Spektrum psychischer Störungen (z.B. Angst/Depressivität, Aufmerksamkeitsstörung) und Kompetenzen aus Elternsicht	4 – 18 J. bzw. 2 – 3 J.
Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)	analoges Verfahren zur CBCL/YSR aus Lehrersicht für das Schulalter	6 – 18 J.
Fragebogen für Jugendliche (YSR)	analoges Verfahren zur CBCL/TRF zur Selbstbeurteilung psychischer Auffälligkeiten durch den Jugendlichen	11 – 18 J.
Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV-ER)	Fremdbeurteilung durch Erzieher bzgl. sozial-emotionaler Kompetenzen und den Symptombereichen „Hyperaktivität“, „emotionale Auffälligkeiten“ und „oppositionell-aggressives Verhalten“	3 – 6 J.

Tabelle 2: Überblick über gängige Fragebogeninstrumente zit. Kahl 2007, 13

3.3.2 Testpsychologische Untersuchungen:

Für eine umfassende Diagnostik sind Entwicklungs-, Intelligenz- und Teilleistungsdiagnostische Verfahren von Bedeutung (vgl. Kahl 2007, 13ff).

Die Entwicklungsdiagnostik spielt bei jungen Kindern eine Rolle. Hier gibt es Testbatterien, die einen Überblick über den allgemeinen Entwicklungsstand und eine Einschätzung mehrerer Funktionsbereiche wie zum Beispiel sprachliche, sozial-emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes zulassen. Hier sind beispielsweise der Wiener Entwicklungstest (WET) von Kastner-Koller und Deimann (2002) und der Entwicklungstest 6 Monate – 6 Jahre von Petermann et al. (2006) zu erwähnen (ebd.).

Durch eine Teilleistungsdiagnostik und Entwicklungsdiagnostik können schulische Über- oder Unterforderungen, die häufig auch zu ADHS-Symptomatiken führen können, als Ursachen für die Verhaltensauffälligkeiten ausgeschlossen werden. Zudem können so Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen im Behandlungsplan berücksichtigt und behandelt werden. Die Testsituationen selbst können ebenfalls zur Verhaltensbeobachtung genutzt werden (ebd.).

Zwei der gängigsten Intelligenztestverfahren sind der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) für das Alter von 6,0-16,11 Jahre und die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC) für das Alter von 2,6-12,5 Jahre (ebd.).

3.3.3 Körperliche und neurologische Untersuchungen:

Um organische Erkrankungen auszuschließen, die ebenfalls ADHS-ähnliche Symptomatiken hervorrufen können, empfiehlt es sich körperliche und neurologische Untersuchungen durchzuführen. Diesen Untersuchungen kommt eine besondere Wichtigkeit zu, wenn eine medikamentöse Behandlung folgt. In diesem Fall sind auch regelmäßige Verlaufskontrollen erforderlich (vgl. Kahl 2007, 16).

3.3.4 Verlaufskontrollen:

Nach der ADHS-Diagnose sind regelmäßige Nachuntersuchungen, bei denen Veränderungen der Symptomausprägungen, eventueller komorbider Störungen, sowie Veränderungen im familiären und schulischen Kontext überprüft werden, von großer Wichtigkeit. Damit wird untersucht, wie gut das Kind und die Familie auf die Interventionen ansprechen, um diese eventuell zu modifizieren. Wichtige Themen wie Schulwechsel und andere Lebensbedingungen, denen das Kind ausgesetzt ist, werden bei diesen Verlaufskontrollen ebenfalls zum Thema gemacht (vgl. Kahl 2007, 12).

Zum Teil werden verschiedene Tests wiederholt, um die Entwicklung zu überprüfen (ebd.).

Wenn das Kind Medikamente einnimmt, werden im Zuge dieser Kontrollen verschiedene medizinische Untersuchungen und ein Blutbild durchgeführt. Auch Auslassversuche des Medikaments werden hier indiziert (ebd.).

4 Therapie

Es gibt eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten, die bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS eingesetzt werden können. Es herrscht jedoch kein Konsens darüber, welche Form der Intervention die Effektivste ist.

Die Hauptinterventionsformen stellen die medikamentöse Therapie, die Verhaltenstherapie, das Elterntraining und schulische Maßnahmen dar. Diese können auch miteinander kombiniert werden. Bei einer Kombination mehrerer Interventionsformen, spricht man von einer multimodalen Intervention (vgl. Döpfner 2002, 37).

Die Angaben über die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionsformen sind in der Literatur oft widersprüchlich. In den folgenden Darstellungen werden gewisse Unterschiede je nach Autor deutlich.

Bei der Therapie von ADHS-Kindern werden in der Literatur mehrere Arten von Interventionen beschrieben. Man unterscheidet zwischen kindzentrierten Interventionen, familienzentrierten Interventionen und kindergarten-/schulzentrierten Interventionen (vgl. Döpfner 2002, 37).

Im Allgemeinen sind mehrere Lebensbereiche von ADHS betroffen. Das macht eine multimodale Therapie notwendig, die verschiedene Behandlungsformen miteinander kombiniert (ebd.).

In diesem Kapitel wird auf diese Interventionsmöglichkeiten genauer eingegangen und anschließend das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, kurz THOP, von Döpfner, Schürmann und Frölich vorgestellt.

4.1 Kindzentrierte Interventionen:

Kindzentrierte Interventionen beinhalten alle Formen von Therapien und Trainings, die einen direkten Einfluss auf die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes haben. Der Therapeut interagiert direkt mit dem Kind. Zu den kindzentrierten Interventionen zählen die medikamentöse Therapie, das

Selbstinstruktionstraining, Konzentrationstrainings, Selbstmanagementverfahren und spielbezogene Interventionen, sowie für Kinder, die aggressives Verhalten zeigen, soziale Kompetenztrainings und Problemlösetrainings (vgl. Döpfner 2002, 37).

4.1.1 Medikamentöse Therapie:

Die Medikation ist die am häufigsten berichtete Interventionsform bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Sie ist jedoch, vor allem in der Öffentlichkeit, sehr umstritten, was unter anderem auf die vielen Fehlinformationen, die im Umlauf sind, zurückzuführen ist. In der Fachwelt herrscht laut Barkley über die Sicherheit und Wirksamkeit der medikamentösen Behandlung Einigkeit (vgl. Barkley 2011, 393).

Als sehr effektiv für die medikamentöse Behandlung von ADHS, hat sich der Einsatz von Psychostimulanzien und Antidepressiva erwiesen (vgl. Döpfner, 2002, 39). Psychostimulanzien gelten als die effizienteste Therapie für ADHS (vgl. AIFA 2006, 200). In diesem Zusammenhang ist vor allem Ritalin, das den Wirkstoff Methylphenidat besitzt, zu erwähnen (vgl. Döpfner 2002, 39). Ritalin ist auch das am häufigsten verschriebene Medikament zur Behandlung von ADHS (vgl. Barkley 2011, 393). Mit Methylphenidat wurden bis heute die meisten Erfahrungen gesammelt (vgl. AIFA 2006, 200). Die Wirksamkeit dieser Psychostimulanzien ist sehr ausführlich erforscht und durch viele Studien belegt. 70-90% der mit Psychostimulanzien behandelten ADHS-Kinder reagierten positiv auf diese (vgl. Döpfner 2002, 39).

Bei 50-95% der ADHS-Kinder, die mit Methylphenidat behandelt werden, findet eine Verbesserung im allgemeinen Verhalten, bei der schulischen Leistung und der sozialen Integrationsfähigkeit statt (vgl. Barkley 2011, 393). Der therapeutische Effekt von Methylphenidat tritt rasch ein. So können meist schon eine Woche nach Behandlungsbeginn folgende Verbesserungen erreicht werden: Erhöhung der Aufmerksamkeit; Kompetenz, zugewiesene Aufgaben zu Ende zu führen; Reduktion der Impulsivität, der Ablenkbarkeit und der konflikthafter sozialen Interaktionen (vgl. AIFA 2006, 200).

Nicht jedes Kind spricht jedoch auf eine medikamentöse Behandlung an, ob und wie sehr hängt auch davon ab, ob noch andere Probleme vorliegen. Folgende Faktoren scheinen die Wirksamkeit von Methylphenidat einzuschränken:

- das Vorherrschen einer Angststörung oder Depression im Symptombild,
- organische und neuroevolutive Läsionen und
- ungünstige Umfeld- und sozioökonomische Bedingungen (vgl. AIFA 2006, 200).

Bei ungefähr 70-90% der stimulanzietherapierten Kinder kommt es zu einer Besserung, wobei bei circa 30-45% aller Kinder mit ADHS nicht alle Schwierigkeiten beseitigt werden können, obwohl sie sowohl auf die Medikamente ansprechen, als auch eine deutliche Verbesserung in einigen Bereichen aufweisen (vgl. Barkley 2011, 393).

Durch die Gabe von Stimulanzien kann das unaufmerksame, impulsive und unruhige Verhalten von Kindern mit ADHS auf ein fast normales Niveau gesenkt werden (vgl. Barkley 2011, 395).

Unter anderem konnte in vielen Studien, beispielsweise von Tannok et al. (1989) und von Rapport et al. (1994) nachgewiesen werden, dass sich die Konzentrationsfähigkeit verbesserte und die Impulsivität verringerte. Des Weiteren erhöhte sich die Produktivität und Genauigkeit der Kinder bei schulischen Leistungen. Auch die hyperkinetischen und impulsiven Verhaltensweisen der Kinder mit ADHS waren durch die medikamentöse Therapie soweit verbessert, dass kein Verhaltensunterschied zu den Kindern ohne ADHS mehr zu bemerken war. Die Behandlung mit Psychostimulanzien bewirkte, besonders bei höherer Dosierung, auch ein Abnehmen von aggressivem Verhalten und die soziometrische Position, also die Beliebtheit der Kinder unter Gleichaltrigen, konnte ebenfalls gesteigert werden, was unter anderem Whalen et al., 1989 berichteten (vgl. Döpfner 2002, 39).

Des Weiteren war feststellbar, dass sowohl die Mutter-Kind-Interaktion, als auch die Lehrer-Schüler-Interaktion im Unterricht, positiv durch die Gabe von Psychostimulanzien beeinflusst wurde (ebd.).

Die häufig bei ADHS-Kindern auftretenden schulischen Leistungsdefizite konnten jedoch durch die medikamentöse Therapie langfristig kaum Verbesserungen erwirken (ebd.).

Swanson et al. (1993) berichteten, dass Stimulanzen lediglich als ‚Krücken‘ für kurze Zeit eingesetzt werden sollten. Zudem könnte die Gabe von Medikamenten nicht-medikamentöse Interventionen hinausschieben, die sich jedoch auf lange Sicht betrachtet, als effektiver herausstellen könnten. Auch Kohn (1989) weist darauf hin, dass die Gabe von Stimulanzen bei der Behandlung von Kindern mit ADHS mehr Relevanz für die Stressreduktion der Eltern und Erzieher hat als eigentlichen Wert für das Kind. Einige Studien heben hervor, dass Medikamente ADHS nicht heilen können, die positiven Effekte begrenzt sind, es also nicht zu einer völligen ‚Normalisierung‘ kommt, da einige Symptome nur abgeschwächt werden oder gar bestehen bleiben und die Wirksamkeit nur kurze Zeit andauert. Pelham et al. berichteten 1998, dass es, obwohl 70-80% der mit Medikamenten behandelten Kinder in einigen Aspekten ihres Verhaltens Verbesserungen aufweisen, es nicht einmal in die Nähe einer ‚Normalisierung‘ kommt, was die Impulsivität und ähnliche Verhaltensmuster betrifft. Zudem können trotz positiver Effekte in einigen Bereichen, keine langzeitigen akademischen Gewinne oder aussagekräftige Veränderungen im Umgang mit Peergruppen nachgewiesen werden (vgl. Purdie et al. 2002, 66ff).

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft macht Methylphenidat nicht abhängig und es entsteht bei Jugendlichen kein erhöhtes Suchtrisiko für Alkohol oder Drogen. Wenn Jugendliche mit ADHS medikamentös behandelt werden, greifen sie sogar seltener zu Drogen, als Jugendliche mit ADHS, die keiner medikamentösen Behandlung unterliegen, so eine Studie von Wilens et al. (vgl. Barkley 2011, 395ff).

Die Auswirkungen der Stimulanzen auf das Wachstum sind wesentlich niedriger als ursprünglich angenommen, daher ist meist keine Behandlungspause an Wochenenden und in den Ferien mehr nötig. Da es manchmal zu einem Gewichtsverlust kommen kann, sollte neben dem Wachstum auch eine Gewichtsveränderung im Auge behalten werden (ebd.).

Stimulanzen können, wenn nötig, bei Menschen mit ADHS jeden Alters angewendet werden. Früher nahm man an, dass sie ihre Wirksamkeit nach Einsetzen der Pubertät verlieren (ebd.).

Einer der Hauptgründe für eine Stimulanzengabe sind ihre positiven Auswirkungen auf das Sozial- und Arbeitsverhalten. Sie steigern die Aufmerksamkeitsspanne, die Konzentrationsfähigkeit und bewirken ein rücksichtsvolleres und überlegteres Verhalten des ADHS-Kindes. Dadurch kann das Kind dem Unterricht besser folgen und ist weniger Bestrafung, Kritik und Ablehnung seitens der Lehrer und Mitschüler ausgesetzt (ebd.).

Studien belegen die Kurzzeitwirksamkeit von Psychostimulanzien, doch die wenigen bisher durchgeführten Langzeitstudien konnten keine Verbesserung der Symptome nach Absetzen der Medikamente feststellen (vgl. Döpfner 2002, 39).

Purdie et al. weisen darauf hin, dass eine medikamentöse Behandlung finanziell billiger als psychosoziale Interventionen sind und daher oft die bevorzugte Interventionsform darstellt (vgl. Purdie et al. 2002, 67).

Grundsätzlich sollte einer Behandlung mit Psychostimulanzien immer eine gründliche Diagnostik vorangehen. Bei Kindern unter vier Jahren ist diese Form der Behandlung meist weniger effektiv und es treten häufiger Nebenwirkungen auf. Daher ist von einer Medikamentengabe in diesem Alter abzuraten (vgl. Barkley 2011, 113ff).

Eine Medikamentengabe kann oft aufgeschoben werden, wenn zuvor andere Interventionen, vor allem ein Elterntaining, zum Einsatz kommen. Sind die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes jedoch in einem hohen Maße unkontrollierbar und belastend, ist es meist besser, gleich mit einer medikamentösen Therapie zu beginnen, damit andere Interventionen anlaufen können. Zeigen diese Erfolg, kann häufig eine Reduktion der Dosierung oder gar eine Absetzung des Medikaments ausprobiert werden (ebd.).

Die Medikamenteneinnahme sollte regelmäßig erfolgen und es sollten regelmäßige ärztliche Kontrollen stattfinden (ebd.).

Hat das Kind zuvor schon einmal unter einer psychotischen Störung gelitten, ist von einer Therapie mit Psychostimulanzien abzuraten, da es zu einer Verschlimmerung dieser Probleme kommen könnte (ebd.).

Vor Therapiebeginn müssen die Eltern genau über die Psychostimulanzien aufgeklärt werden. Ein Gespräch mit dem Kind selbst, auf dessen Niveau, ist ebenfalls von hoher Wichtigkeit (ebd.).

Wirkungsweise:

Prinzipiell erhöhen Stimulanzien das Ausmaß an Aktivität im Gehirn. Sie wirken auf den Bereich des Gehirns, der „für die Verhaltenshemmung und die Aufrechterhaltung von Anstrengung und Aufmerksamkeit zuständig ist“ (zit. Barkley 2011, 401). Damit erhöhen sie die Kontrolle über das Verhalten (vgl. Barkley 2011, 401). Das Methylphenidat reguliert die Menge an Dopamin und Noradrenalin im synaptischen Spalt (vgl. AIFA 2006, 200). Zudem erhöhen Stimulanzien die Verfügbarkeit des Dopamins, des Noradrenalins und wahrscheinlich weiterer Substanzen im Gehirn, die für die Verhaltenshemmung, Konzentration und Ausdauer eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Barkley 2011, 401ff).

Eine medikamentöse Behandlung soll in erster Linie die Wirksamkeit von psychologischen und pädagogischen Interventionen erhöhen und nicht als einzige Behandlungsform eingesetzt werden (ebd.).

Stimulanzien vermindern die Unruhe und den Bewegungsdrang und steigern die Konzentrationsfähigkeit. Zudem werden Impulsivität, oppositionelles und aggressives Verhalten deutlich verringert. Die Medikation zeigt positive Effekte auf die Aufmerksamkeit und Ausdauer, in manchen Fällen kommt es zu Verbesserungen in der feinmotorischen Koordination, im Reaktionsvermögen, in der Beherrschung der Impulse und der Arbeitsgenauigkeit. Dadurch werden Kinder mit ADHS in ihrem Lernverhalten effektiver und organisierter. Manchmal kann sogar eine Verbesserung des Kurzzeitgedächtnisses beobachtet werden. Das Kind kann mehr Aufgaben in einem vorgegebenen Zeitrahmen bearbeiten (vgl. Barkley 2011, 403ff).

In Bezug auf das Sozialverhalten kann eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion beobachtet werden. Die Kinder können sich besser auf die Forderungen der Eltern einlassen. Sowohl von Seiten der Eltern als auch der Lehrer bekommen die Kinder mehr Lob und positive Aufmerksamkeit (vgl. Barkley 2011, 404).

Wirkungsdauer:

Die Wirkung von Stimulanzien tritt schnell ein, sie erreichen ihre Maximalwirkung ein bis drei Stunden nach der oralen Einnahme und haben eine Wirkungsdauer von etwa drei bis sechs Stunden (vgl. Barkley 2011, 404). Die AIFA spricht von

einer Wirkungsdauer von ein bis vier Stunden und einer Halbwertszeit¹⁰ von zwei bis drei Stunden (vgl. AIFA 2006, 200). Methylphenidat ist auch als Retardmedikament erhältlich, dessen Wirkung erst nach drei bis fünf Stunden eintritt und eine Wirkungsdauer von mindestens sechs bis acht Stunden hat. Hier sind jedoch manchmal geringere Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes mit ADHS zu beobachten (vgl. Barkley 2011, 405). Es ist meist notwendig, mehrere Dosen am Tag zu verabreichen. Bei einer Aussetzung des Medikamentes können einige Kinder und Jugendliche einen sogenannten Rebound-Effekt mit einer Verschlimmerung der Verhaltensstörungen zeigen. Dieser kann jedoch mit einer höheren Dosis in der Früh, gefolgt von niedrigeren Dosen während des Tages, oder der Verwendung von Präparaten mit kontrollierter Freisetzung, also Retardkapseln, verhindert werden (vgl. AIFA 2006, 200).

Treten unerwünschte Reaktionen bei der Einnahme von Stimulanzien auf, sind diese nicht von langer Dauer, da das Medikament innerhalb von 24 Stunden ausgeschieden wird (vgl. Barkley 2011, 404ff).

Es sind keine Gewöhnungseffekte bekannt (ebd.).

Nebenwirkungen:

Im Allgemeinen werden die Stimulanzien gut vertragen und die Nebenwirkungen sind meist nicht von großer Bedeutung, schwach ausgeprägt und klingen nach Absetzen oder Dosisminderung des Medikamentes innerhalb von Stunden oder einer Woche wieder ab. Grundsätzlich gilt: Je höher die Dosierung, desto mehr Nebenwirkungen können auftreten. Ungefähr ein bis drei Prozent der Kinder vertragen Stimulanzien nicht, auch nicht in einer niedrigen Dosierung. Manche Kinder klagen über leichte Magen- und Kopfschmerzen (vgl. Barkley 2011, 406).

Bei korrekter Einnahme des Medikaments kommt es nur selten und temporär zu heftigen Kopfschmerzen und abdominalen Schmerzen. Eine Umstellung oder das Absetzen des Medikaments ist nur selten erforderlich (vgl. AIFA 2006, 200).

Durch die Einnahme von Stimulanzien kommt es zu einer vorübergehenden Appetitminderung, besonders um die Mittagszeit, daher sollte die Ernährung des Kindes im Auge behalten werden (vgl. Barkley 2011, 406). Appetitlosigkeit und

¹⁰ „Halbwertszeit, biologische: Zeit, in der die Hälfte eines Stoffes im Körper abgebaut und durch eine neue Substanz ersetzt wird (...)“ (zit. DUDEN 1998, 325)

gastrointestinale Störungen können meist vermieden werden, indem die Einnahme des Medikaments nach den Mahlzeiten erfolgt (vgl. AIFA 2006, 200).

In manchen Fällen kommt es zu einem geringfügigen Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks, was jedoch kein Risiko darstellt, außer wenn das Kind schon vorher unter erhöhtem Blutdruck gelitten hat, was jedoch die Ausnahme darstellt (vgl. Barkley 2011, 407). Patienten, die mit Psychostimulanzien behandelt werden, haben ein erhöhtes Risiko an kardiovaskulären Vorkommnissen. Dieses Risiko steht in direktem Zusammenhang mit dem Alter des Patienten. Es ist bei Kindern gering und steigt mit zunehmendem Alter. Ein EKG und eine kardiologische Untersuchung sind sowohl vor Therapiebeginn, als auch regelmäßig während des Behandlungsverlaufes erforderlich (vgl. AIFA 2006, 200).

Bei ungefähr der Hälfte der Kinder mit ADHS, die mit Psychostimulanzien behandelt werden, kommt es zu Schlafproblemen - sie schlafen ungefähr eine Stunde später als gewöhnlich ein. Wenn das Kind durch die Schlafprobleme belastet ist, sollte das Medikament niedriger dosiert werden (vgl. Barkley 2011, 407). Schlaflosigkeit kann verhindert werden, indem man eine abendliche Einnahme vermeidet (vgl. AIFA 2006, 200).

Eine der ernstzunehmenden Nebenwirkungen, die auch in der Öffentlichkeit zu zahlreichen Diskussionen geführt hat, sind nervöse Tics und das Tourette-Syndrom (vgl. Barkley 2011, 408).

Wenn bereits nervöse Tics bei einem Kind vorhanden sind, werden diese meist durch die Stimulanzientherapie verstärkt. In seltenen Fällen werden bestehende Tics durch die Gabe der Psychostimulanzien abgeschwächt. Sind vor Beginn der Pharmakotherapie keine Tics vorhanden, entwickeln zirka 15% der Kinder solche (ebd.).

In seltenen Fällen kann es zu einem Tourette-Syndrom kommen, einer Kombination aus verschiedenen motorischen und vokalen Tics, in ihrer Extremform (ebd.).

Bei Auftreten von Tics sollte die medikamentöse Behandlung sofort abgebrochen werden. Auch hier verschwinden die Tics nach Beendigung der Medikamenteneinnahme innerhalb einer Woche (ebd.).

Durch die Einnahme von Stimulanzien bei hoher Dosierung, kann es zu vorübergehenden psychotischen Symptomen, wie beispielsweise verwirrtes

Denken, rasches Sprechen, taktile Halluzinationen, Angstzustände oder Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen kommen. Diese treten jedoch bei weniger als einem Prozent der Kinder auf, die Psychostimulanzien nehmen, und selten bei niedriger Dosierung. Auch diese Nebenwirkungen klingen nach Absetzen des Medikaments rasch ab (vgl. Barkley 2011, 409).

Bei manchen Kindern kann es zu schnellen Stimmungswechseln, extremer Euphorie, Dysphorie oder Reizbarkeit kommen. Bei vorbelasteten Kindern können auch Zwangsvorstellungen auftreten oder sich verschlechtern. Hohe Dosierungen können Sedierung und eine verminderte Lernfähigkeit herbeiführen (vgl. AIFA 2006, 200).

Methylphenidat kann mit der Wirkung von Medikamenten interferieren, die auf das zentrale Nervensystem wirken, wie Sedativa, Antikonvulsiva¹¹ und Antidepressiva. Bei gleichzeitigem Gebrauch von nasal abschwellenden Mitteln, die Stimulanzien beinhalten, wie beispielsweise Pseudoephedrin, ist ebenfalls Vorsicht geboten. Dies kann zu einer Tachykardie¹² und zu Palpitationen¹³ führen (vgl. AIFA 2006, 200).

Ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit ist bei Kindern praktisch nicht vorhanden. Diverse Studien weisen allerdings darauf hin, dass Jugendliche mit ADHS, die seit der Kindheit Psychostimulanzien einnehmen, im Vergleich geringfügig häufiger einen Missbrauch psychotroper Substanzen aufweisen, als Jugendliche, die als Kinder noch nicht medikamentös behandelt wurden (ebd.).

Bei Langzeittherapien haben sich Effekte auf das Gewicht und die Körpergröße gezeigt. Dafür sind jedoch Studien mit längeren Follow-up Untersuchungen notwendig, die für die Zeit der Pubertät standardisiert sind und eine genaue Bewertung der auxologischen Parameter erlauben (ebd.).

Zur Einnahme von Stimulanzien gibt es keine Langzeitstudien, es gibt jedoch auch keine Hinweise auf negative Auswirkungen beziehungsweise

¹¹ „krampfösendes bzw. krampfverhinderndes Mittel mit Angriff an der glatten Muskulatur (z.B. Spasmolytika) und das Zentralnervensystem“ (zit. DUDEN 1998, 110)

¹² „stark beschleunigte Herztätigkeit“ (DUDEN 1998, 726)

¹³ „übliche Kurzbezeichnung für: Palpitatio cordis. (...) „Herzklopfen“, subjektive Empfindung des (bei Erregung, im Schock) verstärkten und beschleunigten Pulses“ (DUDEN 1998, 549)

schwerwiegende, dauerhafte Nebenwirkungen nach mehrjähriger Anwendung (vgl. Barkley 2011, 409ff).

Auf die ersten Ergebnisse von Langzeitstudien wird weiter unten in der vorliegenden Arbeit noch genauer eingegangen.

Nicht-Psychostimulante Medikamente (Noradrenergika):

In der ADHS-Therapie erweisen sich eine Reihe von Medikamenten als wirkungsvoll, die in der Lage sind, die Wiederaufnahme von Noradrenalin auf eine mehr oder weniger selektive Weise zu hemmen. Das noradrenerge System regelt die Funktion vieler Gehirnareale, die bei Mechanismen der Vigilanz und der Aufmerksamkeit involviert sind. Bei den Medikamenten, die die noradrenerge Funktion regeln können, handelt es sich um trizyklische Antidepressiva, Alpha-2 Agonisten Adrenergika und selektive-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.

Einige dieser Medikamente weisen jedoch eine geringere Verträglichkeit auf, wie beispielsweise das Desipramin oder das Clonidin. Andere wiederum, wie das Atomoxetin, haben eine ähnliche Wirkung und Verträglichkeit, wie Psychostimulanzien gezeigt haben, ohne Missbrauchspotential (vgl. AIFA 2006, 201).

Atomoxetin:

Atomoxetin ist ein selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, der für die ADHS-Therapie bei Kindern über sechs Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt werden kann (vgl. AIFA 2006, 201).

Im Verlauf des Jahres 2005 hat sowohl die ‚European Medicines Agency‘, kurz EMA, als auch die ‚Food and Drug Administration‘, kurz FDA, auf ein erhöhtes Risiko an auftretenden Suizidgedanken bei Kindern und Jugendlichen, die mit Atomoxetin behandelt werden, hingewiesen (ebd.).

Bei einer Metaanalyse einiger Versuche von einer Dauer von sechs bis 18 Wochen wurde eine Erhöhung des Suizidrisikos festgestellt. Die Studie hat gezeigt, dass 0,4% der mit Atomoxetin behandelten Kinder suizidale Gedanken äußerten, während bei den Kindern, die mit Placebo behandelt wurden, kein einziger solcher Fall registriert wurde. Eine ähnliche Untersuchung wurde auch bei Erwachsenen mit ADHD oder Depressionen durchgeführt. Bei diesen Patienten ist jedoch keine Zunahme an selbstverletzenden Verhaltensweisen

beobachtet worden. Daraufhin haben die Regulierungsbehörden entschieden, aktualisierte Warnhinweise über das Risiko suizidaler Gedanken und Verhaltensweisen in die Packungsbeilage einzufügen, um auf den Umstand aufmerksam zu machen, dass Kinder und Jugendliche, die eine Therapie auf Basis von Atomoxetin beginnen, aufmerksam beobachtet und kontrolliert werden müssen, um eventuelle anormale Anzeichen im Verhalten, Suizidgedanken oder Verschlechterungen des psychiatrischen Krankheitsbildes zu überwachen (ebd.). Besondere Aufmerksamkeit wird auch auf die kardiovaskulären Auswirkungen gerichtet, die durch das Medikament ausgelöst werden können. Schließlich wurde eine neue Warnung bezüglich der kardiovaskulären und der psychiatrischen Vorkommnisse, die durch Atomoxetin bei der Behandlung von ADHS verursacht werden können, hinzugefügt. (ebd.).

4.1.2 Selbstinstruktionstraining:

Im Jahr 1971 entwickelten Meichenbaum und Goodman ein Selbstinstruktionstraining, durch das Kinder mit ADHS lernen sollen, ihre Konzentration bewusst zu lenken und damit ihre impulsiven Handlungs- und Denkweisen zu verbessern. Dies soll durch ein verbales ‚Stoppen‘ geschehen, damit sie daraufhin konstruktive Handlungspläne entwickeln können (vgl. Werneck-Rohrer 2005, 39ff). Das Modell der Selbstinstruktion soll also zu einer besseren Verhaltenssteuerung des Kindes führen. Durch lautes Denken des Therapeuten lernt das Kind mit Schwierigkeiten umzugehen und Lösungen für auftretende Probleme zu finden (vgl. Döpfner 2002, 40).

Beim Selbstinstruktionstraining soll das Kind lernen, sich selbst über Selbstgespräche Anweisungen zu geben und sich selbst verbal zu belohnen. Das Kind denkt zunächst laut und formuliert, was die Aufgabe und das Problem ist, um eine geeignete Handlungsstrategie für die Problemlösung zu entwerfen. Es konzentriert sich auf die Aufgabe und beschreibt laut die Umsetzung. Nach Beendigung der Aufgabe beurteilt und belohnt es sich selbst oder spricht sich Mut zu, dass es das nächste Mal besser funktionieren wird. Diese Schritte werden zuerst vom Therapeuten vorgemacht, daraufhin soll das Kind mit

Anweisungen des Therapeuten eine Aufgabe lösen, um es in einem weiteren Schritt ganz alleine zu machen. In weiterer Folge kann die Selbstinstruktion stumm erfolgen (vgl. Barkley 2011, 373ff).

Es wurde eine Reihe von weiteren Selbstinstruktionstrainings erstellt, wie beispielsweise von Lauth und Schlottke (1995) oder Camp und Bash (1981), doch sie konnten alle die hochgesteckten Erwartungen nicht erfüllen. Die positiven Effekte, wie die Verminderung der kognitiven Impulsivität und die Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit, konnten nicht nachweislich generalisiert werden und es konnte keine Verbesserung der sozialen Anpassung nachgewiesen werden (vgl. Werneck-Rohrer 2005, 39ff).

Die beobachtbaren Trainingsfortschritte sind leider nicht dauerhaft und es findet keine Übertragung auf andere Situationen, Orte oder Fächer statt. Das Selbstinstruktionstraining empfiehlt sich daher nicht als einzige Form der Intervention (vgl. Barkley 2011, 373ff).

4.1.3 Selbstmanagement-Methoden:

Die Praxis des Selbstmanagements soll Kinder dazu befähigen, in ihrem natürlichen Umfeld auf ihre Verhaltensauffälligkeiten zu achten und diese wahrzunehmen. In kritischen Situationen soll das Kind dann versuchen, unter Einhaltung gewisser Regeln, ein adäquates Verhalten an den Tag zu legen, positiv verstärkt durch die erfolgreiche Situationsbewältigung (vgl. Döpfner 2002, 41).

Zwar zeigen Studien von Varni und Henker (1979), dass das Verhalten von hyperaktiven Kindern durch Selbstbeobachtung allein nicht verbessert werden konnte. Allerdings haben Hinshaw et al. (1984a, b) nachgewiesen, dass die Selbstbeobachtung in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung bessere Effekte erzielt als eine alleinige Stimulanzienbehandlung (ebd.).

4.1.4 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):

Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie lernen Kinder mit ADHS die zuvor erwähnten Strategien wie Selbstgespräch, Selbstinstruktion, Selbstkontrolle und Selbstverstärkung als Problembewältigungs- und motivationale Strategien zu nützen. Damit sollen sie Selbstkontrolle im Bereich der Aufmerksamkeit und des Impulsverhaltens entwickeln. Ervin, Bankert und DuPaul (1996) kamen zu dem Schluss, dass diese Art der Interventionen am effektivsten sind, wenn sie im natürlichen Umfeld des Kindes erlernt werden und der Fokus auf einem spezifischen Training liegt, das mit der gewünschten Leistung nahezu übereinstimmt (vgl. Purdie et al. 2002, 67ff).

4.1.5 Spieltraining bei Kindern im Kindergartenalter:

Da die kognitive Fähigkeit sich selbst zu steuern bei Kindern im Vorschulalter noch nicht gegeben ist, sind Therapieformen wie Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Methoden nicht zielführend. Darum haben Döpfner und Sattel (1992) eine Methode zur Verbesserung der Spiel- und Beschäftigungsintensität für hyperkinetische Kinder entwickelt. Einzelne Teile dieses Therapieansatzes wurden zwar schon in ihrer Wirksamkeit bestätigt, doch müssen noch weitere Studien durchgeführt werden, um dessen Stellenwert abschätzen zu können (vgl. Döpfner 2002, 42). Dieses Behandlungskonzept findet auch im Eltern-Kind-Programm des THOP Anwendung, auf das am Ende des Kapitels eingegangen wird.

4.1.6 Andere Verfahren:

Diätetische Behandlung: Diäten, besonders die oligoantigene Diät (Egger, 1985), könnten, den vorliegenden Ergebnissen zufolge, bei der Behandlung hyperkinetisch auffälliger Kinder nützlich sein, allerdings bedarf es auch hier weiterer Studien. Zudem greift die Diät sehr tief in das soziale Leben der

Patienten ein, ist sehr kompliziert einzuhalten und muss unter spezieller ärztlicher Betreuung durchgeführt werden (vgl. Döpfner 2002, 42ff).

Mototherapeutische und sensomotorische Verfahren: Das mototherapeutische und sensomotorische Verfahren wird vor allem bei hyperkinetischen Kindern mit motorischen und sensomotorischen Schwächen angewendet, wo sie sich als hilfreich erweisen. Es sind jedoch keine Symptomminderungen zu erwarten (vgl. Döpfner 2002, 43).

Übungsbehandlungen: Bei Kindern mit komorbiden Entwicklungs- und Schulleistungsdefiziten kommen zusätzlich spezielle Übungsbehandlungen zur Anwendung (ebd.).

Psychotherapie: Psycho- und Verhaltenstherapeutische Interventionen werden bei ADHS-Kindern mit einer komorbiden emotionalen Störung eingesetzt (ebd.).

4.2 Eltern- und Familienzentrierte Ansätze:

Bei Eltern- und familienzentrierten Verfahren wird versucht, direkt auf bestimmte kritische Verhaltensweisen und Bedingungen innerhalb der Familie, die eine Aufrechterhaltung der ADHS-Symptomatik des Kindes zu Folge haben, Einfluss zu nehmen. Die Wirksamkeit konnte vor allem bei Kindern mit oppositionellem Verhalten, aber auch bei denen mit hyperkinetischen Störungen, nachgewiesen werden, besonders, wenn Methoden des Kontingenzmanagements verwendet wurden. Hier stellte sich vor allem das Elterntaining in Verbindung mit dem Selbstinstruktionstraining als zielführend heraus. Die Effekte konnten auch noch nach Beendigung der Interventionen beobachtet werden (vgl. Döpfner 2002, 43ff).

4.3 Kindergarten- und schulzentrierte Ansätze:

Wie bei den familienzentrierten Ansätzen wird auch bei dieser Therapieform versucht, direkt auf das problematische Verhalten des Kindes mit ADHS Einfluss zu nehmen und die Bedingungen zu verändern, die dazu beitragen, diese Verhaltensweisen aufrecht zu erhalten. Bei Kindern dieses Alters kommen in erster Linie Token-Systeme (Verstärkersystem) zum Einsatz, bei denen Punkte gesammelt werden, die später in Belohnungen eingetauscht werden können. Döpfner und Sattel (1992) konnten beim sogenannten ‚Verstärker-Entzug‘ Erfolge nachweisen. Hier wurden zuvor verteilte Punkte bei Fehlverhalten wieder entzogen, was bei den meisten Kindern zu einer Verbesserung ihrer Verhaltensauffälligkeiten führte (vgl. Döpfner 2002, 45ff).

Das Verstärker-Entzugssystem stellte sich im Vergleich mit dem positiven Token-System meistens als effizienter heraus, da es eine direkte Reaktion auf ein auffälliges Verhalten erlaubt und das Kind dadurch eine unmittelbare Rückmeldung erhält - im Unterschied zum Token-System, bei dem diese Rückmeldung zeitverzögert stattfindet (vgl. Döpfner 2002, 46).

Weitere Interventionen im schulischen Bereich stellt beispielsweise die Schaffung von speziellen Lernumgebungen dar. Hier spielen in erster Linie eine Reduktion des Lärmpegels, die Strukturierung des Klassenzimmers und die Bereitstellung von häufigen Pausen zwischen Lernaufgaben eine bedeutende Rolle (vgl. Purdie et al. 2002, 68ff).

4.4 Multimodale Behandlung:

Bei einer multimodalen Therapie werden mehrere Behandlungsmethoden miteinander kombiniert. Die Kombination aus medikamentöser Behandlung, verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie und im Unterricht oder kognitiven Trainingsformen, wurde in mehreren Studien untersucht. Diese kamen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass die multimodale Behandlungsform

gegenüber der reinen Stimulanzientherapie eine geringfügig höhere Wirkung zeigt. Diese Ergebnisse resultieren allerdings aus Kurzzeitstudien, wohingegen bei der Bewertung der Langzeitwirksamkeit die multimodale Therapie gegenüber der reinen medikamentösen Behandlung nach einer Studie von Satterfield et al. (1981) bessere Ergebnisse erzielt (vgl. Döpfner 2002, 46ff).

Auch über die Wirksamkeit von multimodalen Interventionen gibt es jedoch, wie in den meisten Bereichen von ADHS, widersprüchliche Behauptungen. So kommen Ervin et al. (1996) zu dem Schluss, dass eine multimodale Therapie, vor allem die Kombination einer Stimulanzien-Therapie und kognitiver Verhaltensinterventionen effektiver ist als eine Behandlungsstrategie alleine. Anderen Studien zufolge, sind solche Behandlungskombinationen einer alleinigen Stimulanzien-Therapie nicht überlegen. Es bedarf weiterer Studien, um mehr über die Effektivität multimodaler Interventionen und darüber zu erfahren, wie sich die einzelnen Behandlungsansätze gegenseitig beeinflussen (vgl. Purdie et al. 2002, 69).

4.5 Behandlungseffekte:

Im Gegensatz zu den meisten anderen Studien haben Frölich, Döpfner, Berner und Lehmkuhl (2002) nachgewiesen, dass kognitiv verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei Kindern mit einer hyperkinetischen Störung doch Erfolge erzielen können (vgl. Frölich et al. 2002, 476).

„Die Zielsetzung dieser Studie bestand erstens darin, die Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansatzes (KVT) mit Fokussierung auf Selbstinstruktions- und Selbstmanagementelemente bei Lern- und Sozialverhaltensproblemen hyperkinetischer Kindern (sic!) nachzuweisen sowie zweitens die Fähigkeit der Eltern im Umgang mit oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen der Kinder durch ein nachfolgendes Elterntaining (ET) zu verbessern“ (zit. Frölich et al. 2002, 476).

Die Behandlung dauerte insgesamt zwölf Wochen: zuerst sechs Wochen kognitive Verhaltenstherapie, daraufhin sechs Wochen Elterntaining. Vor Therapiebeginn gab es eine vierwöchige Wartezeit, mit der die Daten der

Therapieeffekte verglichen wurden. Eltern und Lehrer wurden mittels Fragebögen wöchentlich nach ihrem Urteil befragt, das auf folgende Variablen hin untersucht wurde:

- Kernsymptomatik der hyperkinetischen Störung
- Sozialverhaltensprobleme
- Hausaufgabenprobleme
- Individuelles Problemverhalten (vgl. Frölich et al. 2002, 476ff)

Da vorangehende Studien auf das Problem der Generalisierung der Effekte hinwiesen, bestand das Hauptziel der Studie darin, diese Aspekte im natürlichen Lebensumfeld des Kindes zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass beispielsweise Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtrainings auf kognitivem Niveau des jeweiligen Kindes direkt in der Hausaufgaben-situation erlernt und geübt wurden. Die Behandlung fand also direkt zu Hause und in der Schule statt und die einzelnen Schritte wurden dabei spielerisch mit attraktivem Trainingsmaterial eingeübt (Frölich et al. 2002, 487).

„Neben einer signifikanten Verringerung der Kernsymptomatik der hyperkinetischen Störung kam es jeweils zu einer ebenfalls signifikanten Verbesserung bezüglich Hausaufgabenproblematik, von Störungen des Sozialverhaltens (aggressive und oppositionelle Verhaltensweisen) sowie von Konfliktsituationen zu Hause“ (zit. Frölich et al. 2002, 487).

Ein für die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie besonders wichtiger Aspekt bestand in der aktiven Teilnahme der Eltern und der Lehrer (vgl. Frölich et al. 2002, 487ff).

Zudem erscheint es wichtig, dass Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstrainings mit der kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert werden (vgl. Frölich et al. 2002, 488).

Während des Elterntrainings konnten weitere signifikante Verbesserungen in den zuvor erwähnten Bereichen festgestellt werden. Die Eltern konnten zudem besser mit den verbliebenen oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen ihrer Kinder umgehen, sinnvollere, strukturierte und konsequente Interventionen setzen und gewannen ein erhöhtes Selbstvertrauen im Umgang mit ihnen und

deren Problemverhalten. Dadurch verbesserte sich die Eltern-Kind-Interaktion (ebd.).

In dieser Zeit kam es in der Schule zwar nicht zu weiteren Verbesserungen, aber zu einer Verhaltensstabilisierung (ebd.).

Das individuelle Problemverhalten konnte ebenfalls signifikant verringert werden, was darauf hinweist, dass das Kind nun dazu fähig war, effektivere Problemlösungen zu finden (vgl. Frölich et al. 2002, 489).

4.6 MTA-Studie:

Die amerikanische MTA-Studie (Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD), die von den National Institutes of Mental Health durchgeführt wurde, ist die derzeit aufwendigste und sorgfältigste Untersuchung von Kindern mit ADHS-Symptomatik. Die Studie umfasst 579 Kinder zwischen 7 und 9,9 Jahren (davon 20% Mädchen) mit ADHS-Symptomatik nach der Diagnose des DSM-IV vom kombinierten Subtypus. Dies entspricht weitgehend den Kriterien des ICD-10 für eine hyperkinetische Störung. Die Studie fand in einem Zeitrahmen von 14 Monaten statt. Es wurden dabei vier Behandlungsbedingungen getestet, wobei die Kinder den Therapien durch Zufallsprinzip zugewiesen wurden (vgl. Döpfner 2002, 49).

4.6.1 Medikamentöse Therapie mit Beratung:

Hier wurden die Kinder innerhalb von 28 Tagen auf die optimale Medikamentendosis eingestellt. Die ärztliche Beratung fand einmal pro Monat statt, zusätzlich wurden die Familien bei Bedarf durch schriftliche Elternratgeber unterstützt und es wurden von der Schule regelmäßig Rückmeldungen eingeholt (vgl. Döpfner 2002, 49).

4.6.2 Verhaltenstherapie:

Die Verhaltenstherapie bestand aus eltern-, kind- und schulzentrierten Interventionen, die nach den Trainingsprogrammen von Barkley (1987) und Forehand und McMahon (1981) ausgeführt wurden (vgl. Döpfner 2002, 49ff).

Das Elterntaining umfasste 27 Gruppensitzungen und acht Einzelsitzungen, anfangs wöchentlich, dann monatlich (vgl. Döpfner 2002, 50).

Die Lehrer wurden mit 10-16 Beratungssitzungen unterstützt und ein Helfer stand an 60 Schultagen zur Verfügung (ebd.).

Die kindzentrierten Interventionen wurden über den Sommer (acht Wochen, fünf Tage die Woche, neun Stunden täglich) intensiv durchgeführt. Unter anderem kamen Token-Systeme, Freizeitpädagogik, Problemlösungstrainings und Interventionen zur Reduktion von hyperkinetischem und aggressivem Verhalten zur Anwendung (ebd.).

4.6.3 Kombinierte Therapie:

Die kombinierte Therapie bestand aus einer medikamentösen Therapie mit Beratung, kombiniert mit einer Verhaltenstherapie (vgl. Döpfner 2002, 50).

4.6.4 Standardtherapie:

Bei der Standardtherapie wurde den Eltern nach Mitteilung der Eingangsdiagnostik eine Behandlung für ihr Kind nahegelegt. Nach Ablauf der 14-monatigen Behandlungsphase erhielten 67% der Kinder eine medikamentöse Therapie (vgl. Döpfner 2002, 50).

4.6.5 Schlussfolgerungen:

Für die Kinder mit oppositionellen Störungen ohne hyperkinetische Auffälligkeiten haben das Elterntaining und die kindergarten- und schulspezifischen Interventionen die besten Ergebnisse erbracht (vgl. Döpfner 2002, 52).

Bei den Kindern mit ADHS waren Verhaltensinterventionen und medikamentöse Interventionen zielführend (ebd.).

Die medikamentöse Behandlung sollte immer mit Beratung und pädagogischen Interventionen kombiniert werden. Bei besonders schwerwiegenden Fällen ist eine Kombination aus Pharmakotherapie und intensiver Verhaltenstherapie sinnvoll. Interventionen in Kindergarten, Schule und Familie waren in der Verhaltenstherapie sehr wichtig, während die Selbstinstruktion vermutlich nur eine untergeordnete Rolle spielt (ebd.).

4.6.6 Neue Ergebnisse der MTA-Studie:

Im Jahr 2007 veröffentlichte Döpfner die neuesten Erkenntnisse aus der MTA-Studie. Diese wird im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

Die neuesten Ergebnisse der MTA-Studie lassen erkennen, dass sich innerhalb von drei Jahren Behandlungsdauer die ADHS-Symptome und deren Begleiterscheinungen bei den Probanden wesentlich verbessert haben. Allerdings konnten die positiveren Effekte der medikamentösen Behandlung gegenüber den anderen Therapieformen nach dieser Zeit nicht mehr festgestellt werden (vgl. Döpfner, 2007).

Folgende Studien liegen diesen Ergebnissen zugrunde:

1. Der Verlauf in den ursprünglich zugewiesenen Gruppen wurde von Jensen et al. (2007) untersucht:

Die 579 Kinder zwischen sieben und neun Jahren wurden zuerst den vier verschiedenen Therapiegruppen zugeteilt (1. Medikation, 2. Verhaltenstherapie mit Elterntaining, Interventionen in der Schule und beim Patienten, 3.

Kombinierte Therapie und 4. Routinetherapie, bei der zirka 60% ebenfalls medikamentös behandelt wurden). Davon wurden 485 Patienten (84%) nach drei Jahren abermals untersucht (ebd.).

Die größten Erfolge nach 14 Monaten erzielten dabei die mit Stimulanzien behandelten Kinder (Kombinationstherapie, Medikamentöse Therapie) (ebd.).

Nach 36 Monaten waren die Ergebnisse aller vier Behandlungsgruppen annähernd gleich. Ähnliche Resultate fanden sich auch bei oppositionellen Störungen und in der globalen Funktionsfähigkeit (ebd.).

2. Die Selbstselektion und die differenziellen Verläufe wurden von Swanson et al. (2007a) untersucht:

Die Selbstselektionshypothese, dass schwerere Fälle dazu neigten, eine medikamentöse Therapie zu beginnen, konnte nicht nachgewiesen werden (ebd.).

Bei der Hypothese zu den differenziellen Verläufen, konnte zwischen drei Gruppen unterschieden werden:

- a) Die Gruppe der sich stetig Verbessernden (34% der Stichprobe).
- b) Die Patientengruppe mit großen Fortschritten innerhalb von 14 Monaten, inklusive Stabilisierung der Effekte (52%).
- c) Patienten mit sehr großen Fortschritten in den ersten 14 Monaten und gänzlichem Verlust der Effekte danach (14%) (ebd.).

Lediglich in Gruppe a konnte eine Wirkung der medikamentösen Therapie nachgewiesen werden (ebd.).

3. Die Effekte der Langzeitmedikation auf das Wachstum und das Gewicht wurden ebenfalls von Swanson et al. (2007b) untersucht:

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass es bei Kindern, die über 36 Monate mit Psychostimulanzien behandelt wurden, zu einem verminderten Wachstum und einer verzögerten Gewichtszunahme kam (ebd.).

4. Molina et al. (2007) untersuchten die Ergebnisse der MTA-Studie in Bezug auf das delinquente Verhalten und Substanzmissbrauch:

Die Patienten der MTA-Studie legten ein deutlich höheres delinquentes Verhalten an den Tag, als die verglichene Kontrollgruppe. Zudem neigten sie auch signifikant stärker zu legalem und illegalem Substanzmissbrauch (ebd.).

Ergebnisse und Konsequenzen für die Therapie:

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle Therapiemodalitäten zu einer Verbesserung der ADHS-Symptomatik mit annähernd gleichen Ergebnissen führen (ebd.).

Etwa die Hälfte der Kinder stabilisierten die Behandlungseffekte der medikamentösen oder Verhaltenstherapie binnen der ersten 14 Monate. 34% der Patienten konnten ihre Probleme stetig verbessern, wobei hier die medikamentös behandelten Kinder etwas im Vorteil waren (ebd.).

Wachstumsminderungen sind wahrscheinlich durch eine medikamentöse Therapie gegeben und müssen daher regelmäßig kontrolliert werden. Es handelt sich hierbei nicht, wie ursprünglich angenommen, um ein initiales Behandlungsproblem, das sich automatisch innerhalb von ein bis zwei Jahren gibt (ebd.).

Die medikamentöse Therapie in der frühen Adoleszenz hat keine günstigen Auswirkungen auf Delinquenz und Substanzmissbrauch, wie ursprünglich angenommen (ebd.).

Diese neuen Ergebnisse der MTA-Studie zeigen, dass die medikamentöse Therapie doch nicht als einzige Behandlungsform eingesetzt werden sollte. Auch andere Therapieformen erzielen sehr günstige Verläufe. Die Behandlung mit Psychostimulanzien sollte daher innerhalb eines multimodalen Therapiekonzeptes eingesetzt werden und auch da, nur im notwendigen Ausmaß und dem jeweiligen Fall angepasst. Döpfner empfiehlt darüber hinaus, wieder auf jährliche Auslassversuche zurückzukommen, damit die Stabilisierung der Effekte durch die multimodale Therapie geprüft werden kann (ebd.).

4.7 THOP:

An dieser Stelle wird ausführlicher auf das THOP eingegangen, da es zum Einen ein Beispiel für eine multimodale Therapie für ADHS darstellt und zum Anderen sehr gut bewertet wurde.

Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, kurz THOP, wurde im Rahmen des Projektes ‚Wirksamkeit multimodaler Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Verhaltensstörungen‘, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanziert wurde, an der psychiatrischen Klinik der Universität Köln entwickelt und auf seine Wirksamkeit geprüft (vgl. Döpfner 2002, Vorwort, XVII).

Die Zielgruppe sind Kinder zwischen drei und zwölf Jahren, die an ADHS, oppositionellen Verhaltensstörungen, oder einer Kombination beider, leiden, wobei eine Diagnose nicht unbedingt für den Einsatz des Therapieprogrammes notwendig ist (ebd.).

Das Therapieprogramm hat sich mittlerweile zum Standard in der Verhaltenstherapie von Kindern mit ADHS etabliert. Es setzt „grundlegende verhaltenstherapeutische Strategien in der Arbeit mit dem Kind und in den Interventionen in der Familie, im Kindergarten und in der Schule (...)“ um (zit. Döpfner 2002, Vorwort, XVII). Einzelne Elemente des Programms können durch eine entsprechende Anpassung auch für andere Auffälligkeiten herangezogen werden (vgl. Döpfner 2002, Vorwort, XVII).

Das Therapieprogramm legt eine multimodale Therapie nahe, in der verhaltenstherapeutische Interventionen mit medikamentösen Behandlungen kombiniert werden (ebd.).

Das THOP ist ein flexibel anwendbares System, das aus verschiedenen Therapiekomponenten und Therapiebausteinen besteht. Es kann individuell an die Bedürfnisse des Kindes, der Familie, des Kindergartens und der Schule angepasst werden. Kind-, familien-, kindergarten- und schulzentrierte Interventionen werden miteinander kombiniert (vgl. Döpfner 2002, Vorwort, XIX).

Das THOP gliedert sich in zwei Teile:

Der *Diagnostikteil* dient der Erhebung der notwendigen Informationen, um das Programm an die individuellen Bedürfnisse anpassen zu können und die Instrumente für die Verlaufskontrolle einzuführen (vgl. Döpfner 2002, 58).

Der *Therapieteil* setzt sich aus den kind-, familien- und kindergarten-, beziehungsweise schulspezifischen Interventionen zusammen, wobei die kind- und familienzentrierten Interventionen eng miteinander verbunden sind. Diese bilden gemeinsam das Eltern-Kind-Programm und den Schwerpunkt des Therapieprogramms. Hier werden Interventionen auf der Ebene des Kindes mit denen auf der Ebene der Eltern und der Familie kombiniert (ebd.).

Das Ziel besteht darin, Veränderungen in der Eltern-Kind-Interaktion und den familiären Strukturen herbeizuführen. Das ist notwendig, um stabile Verhaltensverbesserungen des Kindes zu erreichen. Dabei werden die Eigenschaften, Wünsche und Ziele des Kindes und der Eltern, sowie familiäre Belastungen, wie beispielsweise partnerschaftliche, berufliche und finanzielle Probleme, berücksichtigt (vgl. Döpfner 2002, 117).

Beim Eltern-Kind-Programm sind zwei Interventionsformen, nämlich die familienzentrierten und die kindzentrierten Interventionen, miteinander verbunden und die einzelnen Therapiebausteine aufeinander bezogen (vgl. Döpfner 2002, 118).

Bei den familienzentrierten Interventionen, bei denen die Arbeit mit den Eltern im Mittelpunkt steht, werden diese zur Durchführung spezifischer Interventionen im Bereich der Familie angeleitet. Dabei werden den Eltern kognitive und operante Methoden und Techniken vermittelt, die zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und der problematischen Verhaltensweisen des Kindes führen sollen. Nur wenige Therapiebausteine werden ausschließlich mit den Eltern durchgeführt und das Kind wird, je älter es ist, umso mehr in diese familienzentrierten Interventionen einbezogen (vgl. Döpfner 2002, 119).

Auch bei den kindzentrierten Interventionen, bei denen das Kind im Mittelpunkt steht, werden die Eltern integriert und sie werden nicht unabhängig von den familienzentrierten Interventionen durchgeführt (ebd.). Dem Kind werden die Therapiegeschichten von ‚Wackelpeter und Trotzopf‘ vorgestellt und gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet. Das Kind soll sich in der Hauptfigur Peter wiedererkennen und sich mit ihm und dessen familiären Problemen identifizieren. Er dient also als Bewältigungsmodell für die eigene problematische Situation des

Kindes. Indem die Bewältigung der Situation durch den Therapeuten dargestellt wird, soll das Kind dazu motiviert werden, sich selbst auch aktiv an den familiären Interventionen zu beteiligen (vgl. Döpfner 2002, 120).

Bei diesem Ansatz, der für Kinder ab dem Schulalter geeignet ist, werden kognitive-, Modelllern-Techniken und Selbstmanagementmethoden angewendet.

Bei Kindern im Vorschulalter wird ein Spieltraining eingesetzt (ebd.).

Lediglich zwei kindzentrierten Interventionen sind keine familienzentrierten Interventionen zugeordnet. Dabei handelt es sich um Interventionen, die eine Begleitung bei einer medikamentösen Therapie (K20) und bei schulzentrierten Interventionen darstellen (K21) (ebd.).

Die medikamentöse Therapie und Interventionen für komorbide Störungen werden als ergänzende Interventionen behandelt, die zwar keinen Bestandteil des THOP darstellen, aber dennoch integriert werden können (vgl. Döpfner 2002, 58).

Die Struktur des Eltern-Kind-Programmes kann zusammenfassend folgendermaßen gegliedert werden:

Nach einer Problemdefinition, der Entwicklung eines Störungskonzeptes und der Behandlungsplanung werden Interventionen erarbeitet, die zu einer Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung führen sollen (vgl. Döpfner 2002, 121).

Durch die konsequente Anwendung von pädagogisch-therapeutischen Maßnahmen sollen nun die impulsiven und oppositionellen Verhaltensweisen des Kindes verändert werden. Wenn dadurch jedoch noch keine ausreichenden Veränderungen erzielt werden konnten, finden Token-Systeme, Verstärker-Entzugs-Systeme und Auszeiten ihre gezielte Anwendung (ebd.).

Für spezifisches, situationsbezogenes Problemverhalten können weitere spezielle Interventionen durchgeführt werden (ebd.).

Die erzielten Effekte werden schließlich durch Interventionen stabilisiert.

Die Einheiten dieser Gliederung können der individuellen Problemkonstellation angepasst werden und müssen nicht zwangsläufig in dieser Abfolge bearbeitet werden (ebd.).

Das THOP besteht aus sieben Themenkomplexen, denen die einzelnen Therapiebausteine zugeordnet sind:

1. Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F01 Definition der Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie	K01 Wackelpeter & Trotzkopf-Geschichte
F02 Warum hat mein Kind Verhaltensprobleme? -Vorstellungen der Eltern	K02/K03 Hurra, ich bin kein Scheusal!
F03 Warum hat mein Kind Verhaltensprobleme? -Gemeinsames Modell	
F04 Behandlungsziele und Behandlungsplanung	K04 Wackelpeters Wunschliste

Tabelle 3: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 122

Nach der Definition der Verhaltensprobleme des Kindes, die in der Therapie behandelt werden sollen, wird ein gemeinsames Störungskonzept erarbeitet, das auch familiäre und psychische Belastungen, beziehungsweise Probleme, sowie Temperamentsmerkmale der Eltern mit einbezieht. Daraus werden Therapieziele abgeleitet, die sich sowohl auf die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, als auch auf die Probleme innerhalb der Familie und einzelner Familienmitglieder beziehen (vgl. Döpfner 2002, 125).

Parallel dazu, werden mit dem Kind in den kindzentrierten Interventionen, anhand der Therapiegeschichten von ‚Wackelpeter und Trotzkopf‘, ebenfalls Verhaltensprobleme definiert, ein Störungskonzept und Therapieziele erstellt (ebd.).

2. Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F05 Betrachten Sie ihr Kind von der positiven Seite!	K05 Unser „Was-ist-schön-Tagebuch
F06 Die Spaß- & Spiel-Zeit: Schenken Sie Ihrem Kind Aufmerksamkeit, wenn es spielt!	K06 Ich darf spielen, was ICH will

Tabelle 4: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 122

In diesem Themenkomplex steht die Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion im Mittelpunkt, die die Eltern-Kind-Beziehung verbessern soll (vgl. Döpfner 2002, 125).

Die Interventionen in der Familie werden mit Hilfe der Therapieschritte von ‚Wackelpeter und Trotzopf‘ gemeinsam mit dem Kind erarbeitet (ebd.).

3. Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F07 Familienregeln	K07 Indianerrunde und Familienrat
F08 Wie man wirkungsvolle Aufforderungen gibt!	K08/09 Peter mach‘ dies, Peter mach das!
F09 Schenken Sie Ihrem Kind Aufmerksamkeit, wenn es Aufforderungen befolgt!	
F10 Schenken Sie Ihrem Kind	K10 Meine Zeit – Deine Zeit!

Aufmerksamkeit, wenn es Sie bei einer Beschäftigung nicht gestört hat! F11 Wo ist Ihr Kind und was macht Ihr Kind? Bewahren sie den Überblick! F12 Setzen Sie natürliche Konsequenzen, wenn ihr Kind Aufforderungen und Regeln nicht befolgt!	F12 Ich löffle meine Suppe selber aus!
--	---

Tabelle 5: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 123

Im dritten Themenkomplex werden die Eltern angeleitet, pädagogisch-therapeutische Maßnahmen zu ergreifen, um impulsives und oppositionelles Verhalten zu minimieren (vgl. Döpfner 2002, 125).

4. Spezielle operante Methoden	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F13 Wenn Lob alleine nicht ausreicht: <i>Der Punkte-Plan</i> F14 Wie man Punkte-Pläne verändert und beendet F15 Der <i>Wettkampf um lachende Gesichter</i> F16 Die <i>Auszeit</i>	K13 Punkte statt Ärger K15 Mama, ich und die lachenden Gesichter K16 Dicke Luft

Tabelle 6: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 123

Reichen die pädagogisch-therapeutischen Interventionen nicht aus, werden im vierten Themenkomplex spezielle operante Methoden, wie Token-Systeme, Verstärker-Entzug-Systeme und Auszeiten eingeführt (vgl. Döpfner 2002, 126).

5. Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F17a Helfen Sie Ihrem Kind, intensiv und ausdauernd zu spielen	K17a Spieltraining
F17b Helfen Sie Ihrem Kind, Aufgaben Schritt für Schritt zu lösen!	K17b Selbstinstruktionstraining
F18 Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen können	17c Selbstmanagement
F19 Problematisches Verhalten in der Öffentlichkeit	K18 Setz' dem Hausaufgabenkrieg ein Ende!
	K19 Chaos im Kaufhaus!

Tabelle 7: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 124

Bei Kindern im Vorschulalter kann die Einheit 17a zur Verbesserung der Spielintensität und Spielproduktivität verwendet werden (vgl. Döpfner 2002, 126). Für Schulkinder werden die Einheiten 17b, 17c und 18, für das Erlernen von Selbstinstruktionstrainings und Selbstmanagementmethoden genutzt, die das Arbeitsverhalten verbessern und die Probleme in der Hausaufgabensituation vermindern sollen (ebd.).

Die Einheit 19 dient der Übertragung der Interventionen auf Situationen außerhalb der Familie, wie beispielsweise in Geschäften oder Restaurants (ebd.). Die Eltern werden dabei als Kotherapeuten angeleitet (ebd.).

6. Stabilisierung der Effekte	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
F20 Wenn neue Probleme auftauchen	

Tabelle 8: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 124

Dieser Baustein dient der Stabilisierung der Effekte, wobei die Eltern lernen, zukünftige Probleme selbst zu bewältigen (vgl. Döpfner 2002, 127).

7. Ergänzende kindzentrierte Interventionen	
familienzentrierte Intervention	kindzentrierte Intervention
	K21 Die Sache mit den Pillen
	K22 Schule kann auch Spaß machen!

Tabelle 9: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms zit. Döpfner 2002, 124

Die Einheiten dieses Themenkomplexes können begleitend eingesetzt werden, wenn eine medikamentöse Behandlung oder schulzentrierte Interventionen durchgeführt werden. Dabei werden die entsprechenden Kapitel von ‚Wackelpeter und Trotzkopf‘ eingesetzt (vgl. Döpfner 2002, 127).

Die flexible Struktur des Eltern-Kind-Programmes lässt eine sorgfältige Zusammenstellung eines Interventionsplanes, auf die individuellen Bedürfnisse und Bedingungen des Kindes und der Familie zu (vgl. Döpfner 2002, 127). Eine solche vorläufige Zusammenstellung erfolgt im Anschluss an die ersten drei Behandlungsbausteine, die immer eingesetzt werden. Daraufhin werden gemeinsam mit den Eltern die Behandlungsziele definiert und ein endgültiger individueller Therapieplan erstellt, der im Laufe der Therapie kontinuierlich angepasst wird. Auch dieser vierte Baustein muss immer Verwendung finden (vgl. Döpfner 2002, 128).

Der Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion kommt während der Durchführung der ersten Behandlungsbausteine eine wichtige Rolle zu. Dabei werden auch die Reaktionen der Eltern auf die problematischen Verhaltensweisen des Kindes beobachtet (ebd.).

An den ersten vier familienzentrierten Behandlungs-Etappen mit den Eltern sollte das Kind nicht teilnehmen, da die Themen und Probleme, die darin besprochen werden, eine zu große Belastung für das Kind darstellen könnten (vgl. Döpfner 2002, 139).

Parallel dazu werden diese Interventionen auch mit dem Kind alleine erarbeitet. Zum Abschluss der Therapieplanung findet eine gemeinsame Sitzung statt (ebd.).

Wenn es die Bedingungen zulassen, sollte das Kind bei den weiteren Behandlungs-Etappen der familienzentrierten Interventionen anwesend sein. Besonders ältere Kinder sind oft misstrauisch, wenn sie von den Elterngesprächen ausgeschlossen werden, und befürchten, dass Dinge hinter ihrem Rücken beschlossen werden, die nicht in ihrem Interesse liegen. Zudem kann das Kind, je älter es ist, aktiv in den Problemlösungsprozess eingebunden werden und seine eigene Meinung und Sicht der Dinge mitteilen (ebd.).

Wenn ein Kind jedoch während der Sitzung extrem unruhig ist und ein konzentriertes Arbeiten unmöglich wird, die Eltern-Kind-Beziehung zu negativ ist und das Kind daher ständig Beschuldigungen ausgesetzt ist oder andere familiäre Belastungen, wie psychische Probleme eines Elternteils oder Partnerschaftsprobleme besprochen werden, ist es besser, einzelne Bausteine alleine mit den Eltern zu erarbeiten (ebd.).

Die kindzentrierten Interventionen finden zum Teil alleine mit dem Kind statt und werden dann noch einmal mit den Eltern besprochen. Meistens werden die Geschichten von ‚Wackelpeter und Trotzkopf‘ jedoch gemeinsam mit den Eltern erarbeitet. Doch auch hier gilt eine sehr negative Eltern-Kind-Beziehung als Grund, alleine mit dem Kind zu arbeiten (vgl. Döpfner 2002, 138ff).

Prinzipiell wäre es gut, vor allem in den ersten Sitzungen, wenn beide Elternteile an den familienbezogenen Interventionen teilnehmen würden. Wenn das nicht möglich ist, kann die Therapie auch nur mit der Hauptbezugsperson des Kindes - zumeist die Mutter - durchgeführt werden (vgl. Döpfner 2002, 138ff).

Eine Sitzung dauert 50-60 Minuten und ein Behandlungsbaustein kann meistens innerhalb von einer Sitzung bearbeitet werden (vgl. Döpfner 2002, 140).

Erst wenn ein Baustein vollständig bearbeitet wurde, kann zum nächsten übergegangen werden (ebd.).

Die Sitzungen finden in der Regel ein Mal pro Woche statt, während die ersten vier Therapiebausteine auch in kürzeren Abständen herangezogen werden, da der Leidensdruck der Familie meist groß ist. Gegen Ende der Therapie wird empfohlen, die Sitzungen in größeren Abständen durchzuführen, da dadurch die Behandlungseffekte besser stabilisiert werden können (ebd.).

Die Behandlungsdauer ist von der Problemvielfalt des Kindes und der Familie abhängig und erstreckt sich selten über weniger als zehn oder mehr als 40 Sitzungen. Es ist jedoch oft notwendig, eine längere grobmaschige Nachsorge durchzuführen (vgl. Döpfner 2002, 141).

4.8 Pädagogische Maßnahmen im Umgang mit ADHS-Kindern:

Obwohl es sich bei ADHS um ein medizinisch-psychiatrisches Krankheitsbild handelt, setzt sich auch die Pädagogik intensiv mit diesem Thema auseinander. Neben den Eltern sind vor allem Pädagogen mit ADHS-Kindern konfrontiert und müssen mit deren problematischen Verhaltensweisen umgehen. Daher ist es besonders wichtig, Methoden für einen geeigneten pädagogischen Umgang mit ADHS-Kindern zu entwickeln (vgl. Schutzbier 2008, 21).

Im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Eltern, Pädagogen und allen anderen Personen und Fachkräften, die an der Behandlung und Erziehung des ADHS-Kindes beteiligt sind, empfehlenswert (ebd.).

Der Schule als pädagogische Institution kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die für ADHS typischen Verhaltensweisen werden im schulischen Bereich als besonders störend empfunden. Durch die hohen Anforderungen wie Konzentrationsfähigkeit, stilles Sitzen und angemessenes soziales Verhalten, die die Schule an die Kinder stellt, kommt es in diesem Bereich oft zu einer

krisenhaften Verschärfung der ADHS-Symptomatik. Diese Anforderungen sind auch maßgeblich am schulischen Erfolg und der weiteren schulischen Laufbahn beteiligt (vgl. Schutzbier 2008, 21ff).

Im Umgang mit ADHS-Kindern haben sich einige Methoden und Regeln etabliert, die ein Zusammenleben und Zusammenarbeiten erleichtern. Diese können von Eltern, Lehrern, Erziehern und auch allen anderen Personen, die viel Zeit mit dem ADHS-Kind verbringen, eingesetzt werden. Im Folgenden werden einige solcher pädagogischer Maßnahmen vorgestellt.

Mag. Dr. Manfred Hofferer, Vortragender an der Aus- und Fortbildungsakademie zu Entwicklungsstörungen und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter, *Qualitätszirkel Legasthenie* (2006-2007), fasst einige wichtige Regeln für den Umgang mit ADHS-Kindern zusammen:

- Strukturen vorgeben und Regeln aufstellen: Es ist besser Kindern mit ADHS wenige, aber dafür sehr klare Regeln, die eingehalten werden sollen, zu geben. Dabei ist darauf zu achten, dass Anweisungen in kurzen und prägnanten Sätzen gegeben werden und längere Erklärungen oder Ausschweifungen unterlassen werden. ADHS-Kinder brauchen klare Strukturen, daher sollte ein ‚vielleicht‘ vermieden werden. Zudem sollte regelmäßig überprüft werden, ob sich das Kind an die Regeln hält.
- Deutlich kommunizieren: Durch langes reden werden Konsequenzen verschoben. Gerade bei Kindern mit ADHS ist es besonders wichtig, dass die Konsequenzen in Form von Lob, Belohnung oder Bestrafung unmittelbar nach der Handlung erfolgen. Damit lernen sie ihr Verhalten besser zu kontrollieren und ihre Leistungen zu verbessern.
- Lob ist der wichtigste Verstärker: Es ist wichtig, den Kindern zu zeigen was sie können, gut gemacht haben, was einem besonders positiv aufgefallen ist und was einen gefreut hat.
- Verantwortungsbewusstsein fördern: Kinder sollten immer wieder in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Die eigens aufgestellten Regeln, Regeln bei denen sie selbst mitgewirkt haben oder denen sie zugestimmt haben, werden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit befolgt.

- Kinder nicht vorführen: Kinder mit ADHS nehmen viele Dinge anders wahr und haben ein anderes Verständnis und Gefühl für ihre Handlungen. Viele ihrer Taten sind Unfälle und nicht böswillig.
- Prioritäten festlegen: Im Umgang mit ADHS-Kindern ist es wichtig, Prioritäten zu setzen und damit kleineres, unbedeutendes Fehlverhalten zu ignorieren.
- Antizipierend Handeln und Agieren: Manchmal ist das Verhalten von ADHS-Kindern vorhersehbar, weil sie in ähnlichen Situationen ähnliches Fehlverhalten zeigen. So können schon im Vorfeld geeignete Maßnahmen gesetzt werden, die die Wahrscheinlichkeit, dass das Problemverhalten auftritt, reduziert.
- Plötzliche Situationsveränderungen vermeiden: Anstehende Veränderungen während einer Aktivität müssen sehr viel früher angekündigt werden, damit das Kind ausreichend Zeit hat sich darauf einzustellen. Viele Kinder reagieren auf Veränderungen der Gewohnheiten mit Stress (vgl. Hofferer, Vortragender an der Aus- und Fortbildungsakademie zu Entwicklungsstörungen und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter, *Qualitätszirkel Legasthenie* 2006-2007).

Besonders für Kinder mit ADHS sind zuverlässige und feste Familienstrukturen, die ihnen Halt geben, von Bedeutung. Regeln können auch spielerisch vermittelt werden. Ettrich stellt eine Reihe von Spielen vor, die Strukturen fordern und beinhalten, Regeln vermitteln und zudem Spaß machen. In ihrem Ratgeber stellt sie Spiele zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistung, Selbstbeherrschung, des sozialen Umgangs, der Wahrnehmung von Gefühlen, des Selbstbewusstseins und der Stabilität vor (vgl. Ettrich, 2).

Da die Verhaltenshemmung von Kindern mit ADHS verzögert ist, ist es sinnvoll, sie dabei zu unterstützen, sich einzubremsen. Dies kann durch ein Stoppsignal geschehen, das mit dem Kind vereinbart wird. Anfangs sollte dieses Signal sehr auffällig und deutlich sein. Später kann es durch eine möglichst unauffällige Geste ersetzt und vom Kind selbst übernommen werden. Nach dem Stoppen erfolgt die Handlungsplanung. Das Kind soll überlegen, was zu tun ist, um eine

bestimmte Aufgabe zu erfüllen. Dieser Schritt sollte zunächst durch lautes Denken erfolgen und mit der Zeit durch gedankliche Selbstinstruktion ersetzt werden. Erst nach der Handlungsplanung darf mit der Aufgabe begonnen werden. Dieses Selbstinstruktionstraining kann sowohl zu Hause, als auch im schulischen Bereich eingesetzt werden. Es erweist sich als hilfreich, wenn Eltern, Erzieher und Lehrer dem Kind dieses Verhalten vorleben (vgl. Ettrich, 5).

Um das Selbstbewusstsein und die Stabilität des Kindes zu steigern, können Eltern sich täglich etwa 15 Minuten Zeit nehmen, um diese exklusiv und alleine mit dem Kind zu verbringen. Das Kind darf selbst bestimmen, was in dieser Zeit gemeinsam gemacht werden soll (vgl. Ettrich, 25).

4.8.1 ,Sticks für Kids‘:

Döpfner hat ein Belohnungsprogramm für Kinder entworfen, das sich ,Sticks für Kids‘ nennt. Prinzipiell ist es für alle Kinder anwendbar, erweist sich aber auch als besonders effektiv bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und ADHS.

Zunächst wird ein Problemverhalten des Kindes in einer Situation möglichst genau definiert und eine Regel, an die sich das Kind künftig halten soll, gemeinsam mit dem Kind formuliert. Wenn sich das Kind an die Regel hält, bekommt es einen Sticker. Wenn eine bestimmte Anzahl von Stickern gesammelt wurde, gibt es eine Belohnung. Diese Belohnung sollte jedoch nicht in erster Linie materieller Natur sein, sondern sich vor allem auf gemeinsame Aktivitäten oder andere Vergünstigungen, die dem Kind Freude bereiten, beziehen. Beispiele dafür könnten ein Gemeinschaftsspiel, schwimmen gehen, ein Film, essen gehen, eine Unternehmung alleine mit dem Vater, der Mutter oder ähnliches sein. Diese Belohnungen sollten vorher mit dem Kind festgelegt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass mehrere Belohnungen formuliert werden, die einen unterschiedlichen Belohnungswert haben. Es gibt also größere und kleinere Belohnungen. So kann dann mit dem Kind festgelegt werden, wie viele Sticker für welche Belohnung eingetauscht werden müssen. Hat das Kind etwas über die Hälfte der an einem Tag zu gewinnenden Sticker gewonnen, kann es die kleinste Belohnung bekommen. Je mehr Sticker gewonnen werden, desto

größer ist die Belohnung. Vor allem in der Anfangszeit ist es notwendig, das Kind in der Problemsituation immer wieder an die Sticker und die Regel zu erinnern und ihm Mut zu machen. Es empfiehlt sich ein Sticker-Poster, auf dem die Regel und die Belohnung formuliert sind und die Sticker aufgeklebt werden können, gut sichtbar aufzuhängen. Besonders wichtig ist es, dem Kind unmittelbar nach dem Einhalten einer Regel den Sticker auszuhändigen, damit es diesen am Poster aufkleben kann. Auch Lob und Freude über den Erfolg sollten ihren Ausdruck finden. Hat das Kind keinen Sticker erhalten, wird es ermutigt, sich beim nächsten Mal noch mehr anzustrengen. Besonders wichtig ist es, konsequent zu sein und einen Sticker erst auszuhändigen, wenn die Regel auch wirklich eingehalten wurde (vgl. Döpfner, ‚Sticks für Kids‘, 7ff). Am Abend sollten die Erfolge von ‚Sticks für Kids‘ nochmals mit dem Kind besprochen und Lob ausgesprochen werden, beziehungsweise Mut für den nächsten Tag zugesprochen werden. Hat das Kind die nötige Anzahl an Sticker für eine Belohnung gesammelt, muss diese auf jeden Fall gegeben werden. Das Kind kann sich aussuchen, welche der zuvor ausgemachten Belohnungen es für seine gesammelten Sticker haben will. Nachdem die Belohnung erfolgt ist, werden die dafür eingetauschten Sticker am Poster markiert (vgl. Döpfner, ‚Sticks für Kids‘, 15).

Für die Umsetzung dieses Belohnungssystems müssen feste Gewohnheiten des Kindes, als auch der Erwachsenen, die dieses Programm durchführen, umgestellt werden. Darin liegt die Schwierigkeit. Die Erwartungshaltung darf nicht zu hoch angesetzt werden. Meist erreichen die Kinder innerhalb der ersten Woche nur die Hälfte der möglichen Sticker. Erreicht das Kind in den ersten drei Tagen keinen einzigen Sticker, müssen Regel und Belohnung verändert werden. Wenn das Kind sich in einer anderen Situation problematisch verhält, darf ihm dafür keinesfalls ein Sticker entzogen werden (vgl. Döpfner, ‚Sticks für Kids‘, 16). Das Belohnungsprogramm kann beliebig lange fortgesetzt und für verschiedene Problembereiche eingesetzt werden, sollte aber frühestens beendet werden, wenn das Kind drei Wochen lang fast alle Sticker gewonnen hat. Die mit dem Kind ausgemachten Belohnungen sollten immer wieder variieren (vgl. Döpfner, ‚Sticks für Kids‘, 17).

Döpfner et al. geben eine Übersicht über mögliche Eintauschverstärker, die in einem solchen Belohnungssystem ihre Anwendung finden könnten:

	Aktivitätsverstärker	materielle Verstärker
klein	Zusammen ein Tischspiel machen, abends eine extra Geschichte vorgelesen bekommen, bei einem Freund etwas länger bleiben dürfen.	Einen besonderen Nachtsch, Klebebilder (z.B. Fußballbilder), Sticker, Tatoos, kleine Sammelobjekte.
mittel	Länger als sonst aufbleiben dürfen, einen besonderen Film im Fernsehen schauen, bei einem Freund übernachten dürfen, einen Freund bei sich übernachten lassen, mit den Eltern ein Eis essen gehen.	Matchbox-Autos, Playmobil-Figuren, Buntstifte, Malbuch.
groß	Gemeinsam ins Kino gehen, einen Ausflug zusammen machen, ins Schwimmbad (Wasserpark) gehen.	Hamburger essen, Fußball, Buch, Lego-Bausteine.

Tabelle 10: Beispiele für Eintauschverstärker zit. Döpfner 2002, 280

4.8.2 Pädagogische Maßnahmen im Unterricht:

Da die Symptomatik von Kindern mit ADHS in der Schule durch die hohen Anforderungen besonders stark ausgeprägt ist, stehen die Lehrer vor einer großen pädagogischen Herausforderung. Daher wird auch in der Literatur sehr viel auf pädagogische Maßnahmen im Unterricht eingegangen.

Für Kinder mit ADHS ist ein sehr strukturierter Unterricht wichtig. Der Sitzplatz sollte so gewählt werden, dass das Kind so wenig Ablenkung wie möglich hat, also weder zu weit hinten und in der Mitte der Klasse, noch am Fenster. Es ist von Vorteil das Kind möglichst weit vorne, in die Nähe des Lehrers zu setzen. So hat der Lehrer das Kind im Blickfeld und ist, wenn nötig, schnell beim Kind. Zudem sollte unbedingt darauf geachtet werden, das ADHS-Kind nicht in die Nähe von anderen unruhigen Kindern zu setzen (vgl. Döpfner 2002, 415). Durch die unmittelbare Nähe zum Lehrer kann schnell Blickkontakt zum Kind hergestellt werden beziehungsweise kann der Lehrer das Kind durch nonverbale Gesten zum weitermachen motivieren, indem der Lehrer dem Kind im Vorbeigehen einen Gegenstand aus der Hand nimmt, seinen Kopf zum Geschehen lenkt oder mit dem Finger auf das Heft deutet (vgl. Neuhaus, 4). Eine positive Verstärkung positiver Verhaltensansätze kann in Form eines kurzen Lobes, einer kurzen Zuwendung durch ein Schulterklopfen oder eines ähnlichen vereinbarten Zeichens erfolgen (vgl. Döpfner 2002, 419). Auf diese Weise kann die optimale Aufmerksamkeitslenkung erreicht werden, ohne das Kind ‚vorzuführen‘ (vgl. Neuhaus, 6).

Vor allem in den ersten Klassen der Volksschule ist es hilfreich, wenn der Lehrer in der Früh kontrolliert, ob das Kind alle Materialien, die für den Unterricht gebraucht werden, dabei hat. Ebenso ist eine Kontrolle am Ende des Schultages, ob die Hausaufgaben richtig notiert wurden, von Vorteil (vgl. Döpfner 2002, 415). Regelmäßige Rückmeldungen von Seiten des Lehrers an das Kind sind sehr hilfreich. Seine positiven Verhaltensansätze in den Problemsituationen werden dem Kind dabei zu fest gelegten Zeiten rückgemeldet. Das kann beispielsweise nach dem Unterricht geschehen und dauert nicht länger als ein bis zwei Minuten. Dabei ist darauf zu achten, dass höchstens ein Satz zu negativem Verhalten und der Rest der Zeit mit positiven Rückmeldungen verbracht wird (vgl. Döpfner

2002, 416). Positive Ansätze des Kindes für eine solche positive Rückmeldung könnten laut Döpfner wie folgt aussehen:

- „Das Kind hat sich angestrengt, sitzen zu bleiben;
- Das Kind hat weniger in die Klasse gerufen;
- Das Kind hat sich aktiv am Unterricht beteiligt;
- Das Kind hat sich nicht mit anderen gestritten“ (zit. Döpfner 2002, 416).

Das ADHS-Kind sollte vor allem auch für die besondere Anstrengung, die es braucht, um sein Verhalten zu ändern, belohnt werden. In diesem Zusammenhang hat sich der Einsatz von Verstärkersystemen (Token-Systeme) bewährt. Wenn die Problemverhaltensweisen mehrmals pro Unterrichtsstunde auftreten und das Kind sein Verhalten nicht für eine gewisse Zeit an den Unterricht anpassen kann, können auch Verstärker-Entzugs-Systeme eingesetzt werden (vgl. Döpfner 2002, 419, 421). Als Eintauschverstärker, also Belohnungen für positive Verhaltensansätze des Kindes können auch Vergünstigungen für die ganze Klasse gewählt werden. Damit bekommt das ADHS-Kind positive Aufmerksamkeit von seinen Mitschülern (vgl. Döpfner 2002, 422).

Da die Selbstwahrnehmungsfähigkeit bei Kindern mit ADHS meist eingeschränkt ist und sie ihr Problemverhalten nicht bemerken, ist es wichtig sie darauf hinzuweisen. Dies kann, wie auch bei einer positiven Rückmeldung, durch ein vereinbartes Zeichen geschehen. Reicht das nicht aus, stellt die ‚Auszeit‘ eine wirkungsvolle negative Konsequenz für das Fehlverhalten dar. Dabei wird das Kind für eine kurze Zeit, etwa zehn Minuten, aus dem Klassenzimmer geschickt. Um die Aufsichtspflicht des Lehrers nicht zu verletzen, kann das Kind für diese Zeit ins Sekretariat oder in eine andere Klasse gebracht werden (vgl. Döpfner 2002, 420). Hat sich das Kind wieder beruhigt, wird es wieder hereingeholt. Die Situation soll nicht sofort nachbesprochen werden, sondern mit dem Unterricht normal fortgefahren werden. Am Ende des Schultages kann dann eine Besprechung stattfinden (vgl. Neuhaus, 13). „*Auszeit* (time-out) lässt sich als eine Zeitspanne definieren, in der sich das Kind als Folge seines Problemverhaltens in

einer weniger interessanten und verstärkenden Umgebung aufhalten muss“ (zit. Döpfner 2002, 309).

Von besonderer Bedeutung ist ein bestimmter, aber liebevoller Umgang mit dem ADHS-Kind im Unterricht (vgl. Neuhaus, 6). Krowatschek empfiehlt Lehrern eine empathische Konsequenz im Umgang mit ADHS-Kindern (vgl. Schutzbier 2008, 22). So kann sich das Kind an feste Strukturen gewöhnen und aus seinem eigenen Chaos herauskommen (vgl. Neuhaus, 6). Solche Umgangsformen und feste Strukturen bieten dem Kind Halt. Aufforderungen und Grenzen müssen klar und wirkungsvoll formuliert werden, da Kinder mit ADHS diese sonst oft gar nicht wahrnehmen (vgl. Döpfner 2002, 417). Döpfner formuliert folgende Aspekte, die für wirkungsvolle Anweisungen im Unterricht beachtet werden sollten:

1. „Stellen Sie bei diesem Kind nur Aufforderungen, wenn Sie diese in der Situation auch durchsetzen können.
2. Geben Sie immer nur eine Aufforderung.
3. Achten Sie darauf, dass das Kind aufmerksam ist, wenn Sie ihm die Aufforderung geben.
4. Bitten Sie das Kind, wenn möglich, Ihre Aufforderung zu wiederholen.
5. Bleiben Sie nach Möglichkeit in der Nähe des Kindes, um sicher zu gehen, dass das Kind der Aufforderung nachkommt.
6. Konzentrieren Sie sich zunächst auf wenige Aufforderungen“ (zit. Döpfner 2002, 418).

Jacobs und Petermann ergänzen, dass „(...) Aufforderungen nicht in Form von Fragen, Bitten oder Verboten“ gestellt werden sollen, konkret formuliert und gelassen, aber bestimmt gegeben werden sollen (vgl. Jacobs, Petermann 2008, 155).

Neuhaus weist darauf hin, dass ein Kind mit ADHS nur das tut, „was angekündigt, eingefordert und hinterher kontrolliert wurde“ (zit. Neuhaus, 14). Daher ist auch eine regelmäßige Hausaufgabenkontrolle wichtig (vgl. Neuhaus, 14).

Von größter Bedeutung ist es, Bloßstellungen des ADHS-Kindes zu vermeiden. Eine Abwertung wirkt sich auch negativ auf die Motivation aus (vgl. Neuhaus, 19).

Eine positive Lehrer-Kind-Beziehung ist ebenfalls von großem Vorteil. Das Kind arbeitet für den Lehrer und eine solche positive Beziehung ist extrem motivationssteigernd und baut das Störungspotential automatisch ab (ebd.).

Besonders positiv ist auch der Einsatz von zuvor beschriebenen Selbstmanagement- und Selbstinstruktions-Verfahren im Unterricht (vgl. Döpfner 2002, 425).

Zusammenfassend lässt sich im Umgang mit ADHS-Kindern festhalten, dass konsequentes pädagogisches Agieren, in Verbindung mit multimodalen Therapieprogrammen zur Verhaltensregulierung, einen ganz wesentlichen Beitrag leisten (vgl. Schutzbier 2008, 25).

Wichtig ist auch eine weitreichende Unterstützung im schulischen Bereich, mittels Fördermaßnahmen, die speziell auf die Probleme des jeweiligen Kindes zugeschnitten werden sollten. Unerwünschtem Verhalten muss sofort entgegengewirkt werden. Damit lässt sich auch die soziale Kompetenz und die Konfliktlösungsfähigkeit des Kindes verbessern. Zur Steigerung des Selbstvertrauens, sollten die Stärken des Kindes hervorgehoben werden (ebd.).

Unerlässlich sind auch kurze, prägnante Mitteilungen, Augenkontakt und körperliche Berührungen, um die ungeteilte Aufmerksamkeit des Kindes zu erlangen (ebd.).

Für die Aktivitäten ist es zielführend, ein zeitliches Limit zu setzen und die Aufgaben klar zu strukturieren, um dem Kind eine erfolgreiche Bewältigung zu ermöglichen. Trotzdem sollte auch genug Raum für kreatives Spielen geschaffen werden (ebd.).

Die Selbststeuerung impulsiven Verhaltens und auch das Ordnung halten, bedürfen eines intensiven und konsequenten Trainings (ebd.).

5 Die Situation von ADHS in Italien

In diesem Kapitel wird genauer auf die Situation von ADHS in Italien eingegangen. Die Originaltexte der für dieses Kapitel verwendeten Literatur sind in italienischer Sprache und im Anhang zu finden. Bei den Darstellungen handelt es sich um eigene Übersetzungen der Autorin.

Im April 2007 veröffentlichte die SINPIA¹⁴, die italienische Gesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, aktualisierte Richtlinien für den diagnostisch-therapeutischen Weg von ADHS.

Wie zuvor erwähnt sprechen die internationalen Daten von einer Prävalenz von ADHS von etwa 3-5% der Kinder und Jugendlichen im Schulalter, von denen etwa 1% von besonders schweren Formen betroffen ist (vgl. SINPIA 2007).

Die italienischen Daten sprechen im Gegensatz dazu jedoch von einer Prävalenz, die unter 2% liegt (ebd.).

5.1 Diagnostisch-therapeutischer Weg:

Im Jahr 2003 fand in Cagliari eine nationale Konsenskonferenz statt, die vom Institut für Neurowissenschaften der Universität Cagliari und dem Institut für Pharmakologische Studien ‚Mario Negri‘ Milano organisiert wurde (vgl. SINPIA 2007).

Der diagnostisch-therapeutische Weg bei ADHS muss in Übereinstimmung mit dem, was bei dieser Konferenz beschlossen wurde, nach folgenden Punkten verlaufen (ebd.):

1. Die Diagnose muss anhand der international anerkannten Klassifikationsschemata erfolgen und von Fachleuten durchgeführt werden. Diese müssen über spezielle Kompetenzen in der Diagnose und Therapie von ADHS und ähnlicher Störungen verfügen. Andere

¹⁴ Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (vgl. www.sinpia.eu)

Störungen, die ähnliche Symptome aufweisen (Differenzialdiagnose) und Komorbiditäten müssen abgegrenzt und berücksichtigt werden (ebd.).

Abgesehen vom Kind müssen auch dessen Eltern und Lehrer bei der Diagnosestellung mit einbezogen werden. Zudem müssen aus so vielen verschiedenen Quellen wie möglich Informationen über das Verhalten und die funktionellen Beeinträchtigungen des Kindes gesammelt werden. Dabei spielt der Kinderarzt der Familie von Anfang an eine wichtige Rolle und dient sozusagen als Referent für die Gesundheit des Kindes. Die kulturellen Faktoren und individuellen Lebensumstände des jeweiligen Kindes müssen im diagnostischen Verlauf ebenfalls berücksichtigt werden (ebd.).

2. Das Ziel der ADHS-Therapie ist es, das Gesamtwohlbefinden des Kindes zu verbessern. Dies soll auf der einen Seite dadurch geschehen, indem die Umgebung des Kindes dabei unterstützt wird, sich so zu verändern, dass sie besser auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren können. Auf der anderen Seite soll sie das Kind bei der Entwicklung von Strategien unterstützen, die es ihm erlauben, das Problem zu umgehen. Dies beinhaltet in erster Linie nicht-medikamentöse, aber in manchen Fällen auch medikamentöse Interventionen. Jede Art der Intervention wird hinsichtlich des Alters, des Schweregrades der Symptome, der sekundären Störungen, kognitiven Fähigkeiten und der familiären und sozialen Situation, individuell auf die Bedürfnisse und Charakteristiken des Kindes angepasst. Es ist darauf zu achten, dass die Eltern, auf eine für sie verständliche Weise und vollständig über die Natur der Störung und die speziellen erzieherischen Modalitäten, die möglichen therapeutischen Interventionen, die Referenzzentren für ADHS und die Familienverbände informiert werden (ebd.).

Generell ist ADHS als eine chronische Krankheit mit Höhepunkt der Prävalenz im Schulalter zu betrachten (ebd.).

3. Die nicht-medikamentösen Interventionen beinhalten die Arbeit mit den Eltern, Lehrern und dem Kind selbst. Besonders bei Kindern im Vorschulalter, bei weniger schweren Formen, bei Formen mit

vorwiegender Unaufmerksamkeit und Formen, in denen die Impulsivität, Aggressivität oder Verhaltensstörungen nicht stark ausgeprägt sind, sind nicht-medikamentöse Interventionen vorrangig. Wenn zusätzlich Lern- und/oder Angststörungen vorliegen, sind nicht-medikamentöse Therapien ebenfalls indiziert. Das Ziel dieser Interventionen ist es, die interpersonellen Beziehungen des Kindes mit den Eltern, Geschwistern, Lehrern und Gleichaltrigen zu verbessern, die impulsiven und inadäquaten Verhaltensweisen zu verringern, die schulische Lernkapazität zu verbessern, die Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl zu steigern, die soziale Akzeptanz der Störung und die Lebensqualität des Kindes zu verbessern (ebd.).

4. Eine medikamentöse Intervention darf nur vorgenommen werden, wenn diese vom Kinder- und Jugendpsychiater indiziert wurde. Die psychologischen und sozialen Aspekte des Kindes und seiner Familie müssen dabei berücksichtigt werden. Zudem muss eine solche Intervention immer mit den Eltern besprochen werden und dem Kind, auf eine seinem kognitiven Niveau entsprechenden Art und Weise erklärt werden. Besonders wichtig ist dabei, klar zu betonen, dass es sich bei der medikamentösen Intervention lediglich um eine Hilfestellung für die unternommenen Bemühungen handelt und nicht um eine ‚automatische‘ Lösung der Probleme. Mögliche psychologische Folgen einer Verabreichung des Medikamentes müssen dabei ebenfalls berücksichtigt werden. Für die Verschreibung des Medikamentes ist es notwendig, dass die Eltern oder der gesetzliche Vormund des Kindes ein Zustimmungsinformationsblatt unterschreiben. Die Medikamente erster Wahl zur Behandlung von ADHS sind Psychostimulanzien, im Besonderen das Methylphenidat. Eine medikamentöse Intervention ist Teil eines multimodalen Behandlungsplanes für Kinder mit schweren Formen von ADHS. Der Kinder- und Jugendpsychiater muss vor einer Verschreibung die anderen ärztlichen und sozialen Fachleute, wie beispielsweise den Psychologen, den Kinderarzt der Familie, den Sozialarbeiter, die Pädagogen, die sich um das Wohl und die Gesundheit des Kindes und seiner Familie kümmern, befragen und alle verfügbaren Informationen

begutachten. Erst nachdem die Kontraindikationen, die gewünschten Effekte und die möglichen pharmakologischen Alternativen eingehend betrachtet wurden, kann die medikamentöse Behandlung von einem Kinder- und Jugendpsychiater initiiert werden (ebd.).

Angesichts dieser Darstellung wird ersichtlich, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und deren Familien, die Verfügbarkeit eines guten Dienstleistungsnetzes verlangt. Dieses muss imstande sein, alle Beteiligten in so weit zu versorgen, wie es unter dem nicht-medikamentösen und medikamentösen Aspekt notwendig ist (ebd.).

Besonders wichtig ist dabei die enge Koordination und Zusammenarbeit mit der Schule, dem Kinderarzt, den Familien und Therapeuten während des gesamten diagnostischen Verlaufs und der gesamten Dauer der nicht-medikamentösen und medikamentösen Behandlungen. Die verschiedenen Behandlungen sollten zudem innerhalb der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden können (ebd.).

Der für die Begutachtung und adäquate Versorgung benötigte Arbeitsaufwand ist beträchtlich. Er wird mit ungefähr 13 Stunden für die Diagnose und mindestens 15 Stunden pro Jahr für die Grundversorgung vorausschlagt. Dabei sind die Interventionen noch nicht berücksichtigt. Zudem sind sowohl für die Diagnose, als auch für die Therapien, Fachkräfte mit speziellen Ausbildungen und speziellen Instrumenten notwendig, damit eine angemessene Versorgung garantiert werden kann (ebd.).

Zum Schutz des Patienten und dessen Familie wurde von der italienischen Behörde für die Medikamentenzulassung („Autorità regolatorie italiane“) das „Nationale ADHS-Register“ („Registro Nazionale dell'ADHD“) gegründet. Dieses Register soll eine korrekte Vorgehensweise und einen geschützten diagnostisch-therapeutischen Verlauf garantieren (ebd.).

5.2 Wiedereinführung des Methylphenidats in Italien:

Der Einsatz von Psychostimulanzien, darunter Methylphenidat und Amphetamine, für die medikamentöse Behandlung von ADHS, hat in den USA eine heftige Debatte ausgelöst. Diese beruhte hauptsächlich auf dem leichten Zugang und der häufigen Verschreibung ebendieser, sowie auf deren Missbrauchspotential. In den Vereinigten Staaten wird die ADHS-Diagnose vom Arzt für Allgemeinmedizin gestellt und der erste Interventionsansatz, ist der medikamentöse. Daraus folgt, dass mit einem hohen Anteil der Diagnosen, die oft falsch sind, unangemessene Behandlungen verknüpft sein könnten (vgl. AIFA 2006, 198).

In Europa herrscht jedoch ein multidisziplinärer Therapieansatz zur Behandlung von ADHS und die medikamentöse Therapie ist schweren Fällen vorbehalten.

Das Methylphenidat wurde 1958 unter dem gewerblichen Namen Ritalin in Italien registriert. 1989 wurde es auf eigenständigen Entschluss der damaligen Produktionsfirma Ciba-Geigy vom Markt genommen (ebd.).

Im Oktober 2000 begann der lange Weg der Wiedereinführung des Methylphenidats am italienischen Markt von Seiten der ‚Comissione Unica del Farmaco‘, kurz CUF, auf Anfrage der Vertreter der allgemeinen Pädiatrie und Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Im September 2001 hat die CUF die Wiedereinführung beschlossen. Voraussetzung dafür war, dass die Verschreibung des Medikaments in spezialisierten Zentren, in Zusammenarbeit mit den einzelnen Regionen Italiens stattfindet und an die Prädisposition eines Therapieplanes gebunden ist. Die maximale Betreuung der behandelten Kinder muss dabei garantiert werden, um einen vernünftigen Gebrauch des Medikaments zu gewährleisten (ebd.).

Bei der zuvor erwähnten nationalen Konsenskonferenz im März 2003 in Cagliari wurden die Problempunkte beleuchtet (ebd.).

Um die Definition eines wirksamen therapeutischen Verlaufs, der den Gebrauch von Methylphenidat beinhaltet, zu erleichtern, wurde ein nationales Register gegründet und vorbereitet. Dieses Register wird vom ‚Dipartimento del Farmaco dell’Istituto Superiore di Sanità‘ (ISS) in Zusammenarbeit mit der AIFA¹⁵, der

¹⁵ AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco (vgl. www.agenziafarmaco.gov.it)

„Conferenza permanente degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano“ und des Gesundheitsministeriums koordiniert (ebd.).

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit der AIFA, des Ministeriums und der ISS, wurde am 28. Juni 2004 ein wissenschaftliches Komitee gegründet und mit der Vorbereitung des nationalen ADHS-Registers beauftragt (ebd.).

Die Arbeiten des Komitees schlossen mit:

- dem Aufsetzen des Protokolls des Registers,
- der Definition der operativen Prozesse,
- der Liste der autorisierten klinischen Zentren für die Diagnose und Therapie von ADHS, die von den einzelnen Regionen und autonomen Provinzen Trento und Bolzano, ermittelt wurden (Referenzzentren-Centri di Riferimento),
- der Vorbereitung eines elektronischen Systems des Registers (ebd.).

Im Jänner 2005 gab es in Italien eine große nationale Kampagne für die Verteidigung des Rechtes auf Gesundheit von Kindern mit dem Namen „Giù le mani dai bambini“, also „Hände weg von den Kindern“. Sie leitete die Unterzeichnung einer Konsenserklärung unter Fachleuten ein. Ihr Ziel war es, die Bevölkerung (unter anderem Eltern, Lehrer und die Jugendlichen selbst) über den Missbrauch bei der Verschreibung von Psychopharmaka an Minderjährige mit ADHS, umfassend aufzuklären und zu informieren, da es sich mit über elf Millionen Kindern, die zu diesem Zeitpunkt allein in den USA von Amphetaminen chronisch abhängig waren, um einen Notstand im Gesundheitswesen handelt, der im Begriff war auch nach Italien importiert zu werden (vgl. *giulemanidaibambini consensus* 2005).

Die kontrollierte Wiedereinführung des Methylphenidats in Italien endete schließlich mit einer Verfügung der AIFA von März 2007. Das Register hat dabei eine grundlegende Rolle (vgl. SINPIA 2007).

5.3 Das nationale ADHS-Register:

Das Register bindet die Verschreibung von Methylphenidat und des Atomoxetins an die Vorbereitung eines halbjährigen Therapieplanes von Seiten des Referenzzentrums. Die Patienten, die neben einer nicht-medikamentösen Therapie auch noch eine medikamentöse Therapie benötigen, werden von der Kinder- und Jugendpsychiatrie an das zuständige Referenzzentrum verwiesen, wo auch die erste Verschreibung erfolgt. Der Therapieplan, der für jedes Kind individuell gestaltet wird, schließt klinische Kontrollen von Seiten des Kinder- und Jugendpsychiaters, nach einer und nach vier Wochen Therapie ein, um deren Wirksamkeit und Verträglichkeit zu beurteilen. Wenn entschieden wird, die Therapie fortzusetzen, sind nach den ersten fünf Monaten und anschließend alle sechs Monate, klinische Kontrollen eingeplant. Der Therapieplan muss die vorgesehene Dauer der Behandlung aufzeigen. Diese darf sechs Monate nicht überschreiten, ist aber dann, wenn nötig, verlängerbar (vgl. AIFA 2006, 199).

Die Begutachtungen und die Verschreibung des Medikaments in den Zwischenperioden werden von den Kinder- und Jugendneuropsychiatern in Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt der Familie durchgeführt. Dabei müssen sie sich an das halten, was im Therapieplan vorgesehen ist. Dem Rezept ist eine Kopie dieses Therapieplanes beizufügen. Die medikamentöse Behandlung wird mindestens einmal im Jahr unterbrochen um zu überprüfen, ob die Möglichkeit besteht, die Behandlung des Syndroms mit einer alleinigen Verhaltenstherapie fortzusetzen (ebd.).

Das Krankheitsbild wird aufmerksam überwacht, um die Intensität der Symptome, die Gesamtbeeinträchtigung, eventuelle Komorbiditäten und/oder das Auftreten von Komplikationen, die Effizienz und die Verträglichkeit der therapeutischen Interventionen zu überprüfen (ebd.).

Das ISS (Istituto Superiore di Sanità) ist für die Qualität und den Wahrheitsgehalt der vorhandenen Daten in der zentralen Datenbank und in den regionalen Referenzzentren verantwortlich (ebd.).

Die Daten jedes im Register eingetragenen Kindes werden in einem Meldeformular und einem Follow-up Formular vermerkt, die in einem geschützten Bereich des Institutportals aufscheinen. Auf diese Daten können die

Referenzzentren, die territorialen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinderärzte, mittels eines vertraulichen Zugangcodes, zugreifen (ebd.).

Das Ziel des Registers ist es, die Gesamtverwaltung der Patienten, die an ADHS leiden, durch ein Netz an Neuropsychiatern und regionalen Referenzzentren, die vom ISS koordiniert sind, zu verbinden. Die Tätigkeit des Netzes könnte in weiterer Folge auch auf andere neuropsychiatrische Pathologien ausgedehnt werden, um die geistige Gesundheit der Kinder- und Jugendlichen zu fördern.

Angesichts des Gebrauchs von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen für eine breite Palette von klinischen Befunden sind Instrumente notwendig, die eine Beobachtung über einen längeren Zeitraum und auf breiter Ebene ermöglichen, um das Sicherheitsprofil solcher Medikamente zu verbessern (ebd.).

Aufgrund der Struktur und der operanten Modalitäten repräsentiert das Register ein auf internationaler Ebene einzigartiges Instrument. Dieses ist fähig, Kindern und Jugendlichen mit ADHS (und deren Familien) einen diagnostischen und therapeutischen Verlauf zu garantieren, der auf Evidenzen samt der Beobachtung und Bewertung der Fürsorge beruht (vgl. SINPIA 2007).

Es ist offensichtlich, dass die Existenz eines adäquaten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstleistungsnetzes, das die Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit ADHS in Verbindung mit der Schule und dem Kinderarzt garantiert, samt dem Register den besten Schutz gegen das Risiko eines Missbrauchs der medikamentösen Behandlung und den Gebrauch instrumentalisierter ADHS-Verdachtsdiagnosen darstellt (ebd.).

5.3.1 Ergebnisse des Registers:

Am 17. April 2009 gaben Pietro Panei (Dipartimento del Farmaco/ISS) und Maurizio Bonati (Chef des Dipartimento Salute Pubblica/IRFMN Milano) des Mario-Negri-Instituts für pharmakologische Forschungen (ISS) eine

Presseerklärung ab, in der die ersten Ergebnisse des Registers vorgestellt wurden:

Am 8. März 2007 wurde in Italien die Markteinführung von Atomoxetin und Methylphenidat für die Behandlung von ADHS genehmigt. Seit Juni 2007 ist das ‚Nationale Register für ADHS im Entwicklungsalter‘ für die Überwachung des diagnostisch-therapeutischen Verlaufs und des Pflegeverlaufs, sowie für die Beurteilung der unerwünschten Reaktionen der beiden Medikamente, aktiv. Die Verschreibung der Medikamente ist an die Registrierung des Patienten im nationalen Register gebunden (vgl. Panei, Bonati 2009).

In 20 Monaten sind 1090 Patienten im Register eingetragen worden, die mindestens eine Verschreibung von Atomoxetin oder Methylphenidat bekamen. Atomoxetin wurde 639 Patienten, das entspricht 57% und Methylphenidat 451 Patienten, was 43% der Patienten entspricht, verschrieben. 40% der Patienten sind in der Lombardei, dem Veneto oder in Sardinien ansässig und ein Viertel der Gesamtzahl, wird von nur drei der 86 Referenzzentren, die von den Regionen und autonomen Provinzen autorisiert wurden, versorgt (ebd.).

Nur 30% der Patienten bekamen eine psychopharmakologische Therapie in Verbindung mit einer Beratung und einer kognitiven Verhaltenstherapie, wie es vom Protokoll des Registers und den nationalen und internationalen Richtlinien vorgeschrieben wurde. Bei 57% der Patienten wurden Beratungsinterventionen, bei 37% Elterntraining und bei 25% Kindertraining (Child-training) durchgeführt.

Bei 35 Patienten sind unerwünschte Reaktionen eingetreten, acht während der Therapie mit Methylphenidat, was 1,8% der Fälle entspricht und 27 bei der Therapie mit Atomoxetin, was 4,2% der Fälle entspricht. Bei 12 der 35 Patienten sind die Reaktionen als schwerwiegend bewertet worden (1 Methylphenidat und 11 Atomoxetin) und es war ein Abbruch der Therapie notwendig. In drei der elf Fälle, die mit Atomoxetin behandelt wurden, waren die unerwünschten Reaktionen Suizidgedanken (ebd.).

Das Register erwies sich also als ein nützliches Instrument, um den Gebrauch von Medikamenten für die ADHS-Therapie zu überwachen, indem es deren Angemessenheit verbessert und die unerwünschten Wirkungen auf eine sorgfältigere Weise ermittelt (ebd.).

Die von einigen befürchtete ‚Epidemie‘ an Verschreibungen von Psychopharmaka an italienische Kinder mit ADHS, hat sich nicht bewahrheitet. Auch die Prävalenz von ADHS in Italien scheint wesentlich niedriger zu sein, nach dem, was in anderen europäischen Ländern beschrieben wird (ebd.).

Die Anwendung dieses gesamten diagnostischen und therapeutischen Verlaufs, ist als der geeignetste anerkannt. Dennoch ist er noch nicht für das gesamte Staatsgebiet erfüllt. Es ist notwendig, weitere adäquate Ressourcen (Human- und organisatorische Ressourcen) auf lokaler Ebene und im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienste, in Gang zu setzen (ebd.).

Gina Pavone fasst in einem Artikel vom 26.02.2011 die neuesten Daten des italienischen ADHS-Registers, die auf einem Kongress in Rom präsentiert wurden, zusammen:

Knapp über 2000 Kinder und Jugendliche werden in Italien mit Ritalin (Methylphenidat) oder Strattera (Atomoxetin) behandelt. Diese Daten wurden in drei Jahren Aktivität des italienischen Registers für ADHS vom Gesundheitsamt gesammelt (vgl. Pavone 2011).

Laut der gesammelten Daten, betrug die durchschnittliche Dauer der medikamentösen Therapie 15 Monate und die Verschreibung erfolgte laut Erhebungen, erst als zweiter Schritt, wenn sich zeigte, dass eine Psychotherapie alleine nicht ausreichte. Nach einer ersten Periode, in der häufiger Strattera verschrieben wurde, wurden beide Medikamente in der Folge ungefähr gleich oft verschrieben (ebd.).

Ein Kritikpunkt wurde im Fehlen eines Retardpräparates in Italien ermittelt, das wichtig für die Reduktion der Menge an Einnahmen während des Tages wäre.

Ein anderer kritischer Aspekt ist der ‚off-label‘ Gebrauch der Psychopharmaka, wenn die Behandelten das 18. Lebensjahr überschreiten. Pietro Panei vom Gesundheitsamt erklärt, dass die beiden Medikamente, im Gegensatz zu anderen Ländern, nur bis ins Alter von 18 Jahren verschreibbar sind. Doch in einigen Fällen wäre es wichtig gewesen, die Einnahme zu verlängern, was manchmal zum Gebrauch von Verschleierungstaktiken führte (ebd.).

Ein anderes Problem war, dass die nicht-medikamentösen Behandlungen nicht überall zugänglich sind. Auf geografischer Ebene gibt es große Unterschiede im Angebot von Einrichtungen für die psychologische Unterstützung (ebd.).

Außerdem hat das Register einige Meldungen von Nebenwirkungen erfasst, die von beiden Psychopharmaka verursacht wurden. Panei präzisiert jedoch, dass die Nebenwirkungen nicht in einer Häufigkeit auftraten, um Grund für eine Alarmbereitschaft zu haben (ebd.).

Des Weiteren geht aus den Analysen hervor, dass die Diagnosen sorgfältig durchgeführt wurden und deshalb die medikamentösen Therapien, die verabreicht wurden, sich auf eine angemessene und niedrige Anzahl belaufen.

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die Anzahl der behandelten Kinder gering, nicht nur im Vergleich mit Ländern wie den USA, sondern auch zu anderen europäischen Ländern, die strenge Vorschriften haben, wie beispielsweise Frankreich, wo die Verschreibungen bei ungefähr 11-12000 liegen. Panei unterstreicht außerdem, dass sich die zirka 2000 medikamentös behandelten Kinder und Jugendlichen als besonders schwere Fälle herausstellten, bei denen nicht auf eine pharmakologische Therapie verzichtet werden konnte (ebd.).

5.4 Schulische Maßnahmen:

Am 15. Juni 2010 hat das italienische Bildungs- und Wissenschaftsministerium ein Rundschreiben an alle Schuldirektionen ausgeschickt, das die Schulen über die Charakteristiken von ADHS informiert und einige Anleitungen zu einem besseren Umgang mit ADHS-Kindern gibt, um die möglichen Problematiken besser zu bewältigen (vgl. Cutolo 2010).

Liegt den Eltern bereits eine ADHS-Diagnose ihres Kindes vor, geben sie diese dem Schuldirektor bekannt. Dieser wiederum informiert darauf hin alle Lehrer, die mit dem ADHS-Kind zu tun haben. Die Lehrer nehmen darauf hin Einblick in die klinischen Unterlagen des Kindes, die von den Fachärzten zur Verfügung gestellt werden. Darin sind die Charakteristiken der Störung, die Diagnosen, Behandlungsindikationen und psycho-educative Empfehlungen enthalten. Die Lehrer sind dazu angehalten, mit den Eltern des Kindes und den Spezialisten für einen angemessenen Informationsaustausch und eine gemeinsame Organisation

von eigens wohl durchdachten erzieherischen Projekten Kontakt zu pflegen (ebd.).

Um eine bessere schulische Anpassungsfähigkeit, die emotionale Entwicklung und die Entwicklung des Verhaltens zu fördern, definieren die Lehrer gemeinsam mit den klinischen Fachärzten, die die Diagnose gestellt haben und mit dem Kind arbeiten, methodologisch-didaktische Strategien. Jeder Lehrer, der mit dem Kind arbeitet, muss von im Bereich von ADHS nachweislich effizienten edukativen und didaktischen Techniken Gebrauch machen (ebd.).

Um die erzieherischen und didaktischen Bedingungen der Klasse konstant fördern und das ADHS-Kind in den Klassenverband integrieren zu können, ist zudem die Anwesenheit eines Stützlehrers vorgesehen (ebd.).

Zusammenfassend wird von jedem Lehrer erwartet, dass:

- er eine Umgebung für den Schüler mit ADHS vorbereitet, in der die Ablenkungsmöglichkeiten auf ein Minimum reduziert werden, und
- er den Einsatz von effizienten edukativen Techniken vorsieht, wie beispielsweise visuelle Hilfen, Einführung einer Routine, kurze Arbeitsintervalle oder häufige kleine Pausen, unmittelbare Belohnungen und Konsequenzen (vgl. Cutolo 2010).

Darüber hinaus ist der Einsatz von folgenden Empfehlungen geboten:

1. Wenige und klare Verhaltensregeln mit allen Schülern definieren, die innerhalb der Klasse einzuhalten sind.
2. Mit dem Schüler kleine und realistische Verhaltensziele und didaktische Ziele vereinbaren, die innerhalb weniger Wochen erreicht werden können.
3. Mit dem Kind üben, die eigene Schulbank so zu organisieren, dass nur das, für die momentane Stunde notwendige Material, am Tisch liegt.
4. Sich stets darum kümmern, dass die Aufgabe richtig ins Heft geschrieben wird.
5. Ermutigen, Ablaufpläne, Zeichen, Tabellen und Schlüsselwörter zu verwenden, um den Lernprozess zu fördern und die Kommunikation und Aufmerksamkeit zu entwickeln.

6. Den Gebrauch des Computers und multimedialer Enzyklopädien anbieten.
7. Sicherstellen, dass der Schüler während einer Prüfung der Frage zugehört und über diese nachgedacht hat und ihn zu einer zweiten Antwort ermutigen, wenn dieser dazu tendiert, zu hastig zu antworten.
8. In mehrere Teile unterteilte schriftliche Prüfungen organisieren und den Schüler dazu auffordern, eine sorgfältige Kontrolle vorzunehmen, bevor er sie abgibt.
9. Die nötige Zeit für die Ausführung einer Aufgabe klar mitteilen und dabei berücksichtigen, dass das Kind mit ADHS mehr Zeit als seine Mitschüler benötigen, oder die Neigung dazu haben kann, übertrieben schnell zu einem Schluss zu kommen.
10. Die schriftlichen Ausarbeitungen auf Grund des Inhalts bewerten, ohne nur auf Flüchtigkeitsfehler zu achten. Dem Produkt und der Mühe soll mehr Bedeutung beigemessen werden, als der Form.
11. Die schriftlichen Prüfungen müssen in mehrere Fragen unterteilt werden.
12. Strafandrohungen mittels einer Erhöhung von Hausaufgaben, einer Reduktion von Pausen oder Spielzeit, einem Ausschluss von motorischen Aktivitäten, der Entsagung von kollektiven Aufträgen in der Schule oder eines Ausschlusses von der Teilnahme an einem Ausflug, vermeiden.
13. Die Belohnungen müssen unmittelbar und häufig erfolgen (vgl. Cutolo 2010).

Bevor eine Beurteilung stattfindet, muss der Lehrer die Faktoren, die in der ADHS-Diagnose verzeichnet sind, berücksichtigen (ebd.).

Die Wichtigkeit und Empfindlichkeit von regelmäßigen Beurteilungen des Verhaltens des Schülers wird ebenfalls unterstrichen. Es ist nämlich nötig die Tatsache zu berücksichtigen, dass das Verhalten des Schülers mit ADHS, stark vom Vorhandensein und der Ausprägung der Symptome der Störung abhängig ist. Daher ist es wichtig, dass die Beurteilung seiner Handlungen so vorgenommen wird, dass negative Beurteilungen für ein Verhalten vermieden werden, die neurobiologischen Faktoren zuzuschreiben sind (ebd.).

6 Familie:

„Ich weilte gestern in Rom, durfte in der Mittagsstunde diese wunderbare Sonne Italiens genießen, die mich fast zärtlich wärmte und heute noch wärmt. Am Nachmittag hatte ich mit einer Italienerin ein Gespräch: „Das ist ein herrliches Land, euer schönes Italien mit dieser wohltuenden Sommersonne mitten im Herbst.“ Sie antwortete: „Das ist ein herrliches Land, euer schönes Österreich mit seiner großen Ruhe.“ – Und da fiel mir mit Erschrecken gleich ein: „Die Ruhe eines Kirchhofs?“ Wenn man die Kinder in Italien betrachtet, so erkennt man, wie frei sie aufwachsen, wie fröhlich und laut sie sind, so laut sie nur sein können! Niemand fühlt sich dadurch gestört, niemand ruft: „Ich will meine Ruhe haben!“ im Gegenteil, alle wären beunruhigt, würden die Kinder plötzlich verstummen! Die drei Zauberworte regieren – und ich wähle sie hier absichtlich wegen ihrer eigentlichen sprachlichen Bedeutung: unbefangen, ungezwungen, ausgelassen. Bei uns ist das Gegenteil der Fall: die Kinder sind still, gefangen, gezwungen, man „läßt sie nicht aus“ (zit. Ringel 1991, 9ff).

In diesem Kapitel wird auf die Familie und Familienverhältnisse früher und heute eingegangen. Dabei werden gewisse Unterschiede und Eigenheiten in Italien und Österreich deutlich. Es wird dabei geachtet, den Stellenwert des Kindes in der jeweiligen Gesellschaft, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die familiäre Arbeitsteilung herauszuarbeiten.

6.1 Definition Familie:

Der Familienbegriff unterliegt einem ständigen Wandel. Daher ist es schwer, eine Definition von ‚Familie‘ zu formulieren und festzulegen (vgl. Schneewind 2010, 35)

Schneewind wagt den Versuch einer familienpsychologisch inspirierten Definition dennoch und schreibt:

„Familien sind biologisch, sozial oder rechtlich miteinander verbundene Einheiten von Personen, die –in welcher Zusammensetzung auch immer- mindestens zwei

Generationen umfassen und bestimmte Zwecke verfolgen. Familien qualifizieren sich dabei als Produzenten gemeinsamer, u.a. auch gesellschaftlich relevanter Güter (wie z.B. die Entscheidung für Kinder und deren Pflege, Erziehung und Bildung) sowie als Produzenten privater Güter, die auf die Befriedigung individueller und gemeinschaftlicher Bedürfnisse (wie z.B. Geborgenheit und Intimität) abzielen. Als Einheiten, die mehrere Personen und Generationen umfassen, bestehen Familien in der zeitlichen Abfolge von jeweils zwei Generationen aus Paar-, Eltern-Kind- und gegebenenfalls Geschwister-Konstellationen, die sich aus leiblichen, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefeltern (Parentalgeneration) sowie leiblichen, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkindern (Filialgeneration) zusammensetzen können“ (zit. Schneewind 2010, 35).

Im Allgemeinen wird zwischen der Kern- und der Großfamilie unterschieden. Bei der Kernfamilie handelt es sich um eine reine Eltern-Kinder-Gemeinschaft, während die Großfamilie mehrere Kernfamilien, beziehungsweise andere, im gleichen Haushalt lebende Personen, die verwandt sein können, aber nicht müssen, umfasst (vgl. Schneewind 2010, 14ff).

6.2 Kindererziehung im Wandel der Zeit:

Die Auffassungen hinsichtlich Kindheit, Erziehung und Mutterschaft hängen von der jeweiligen Kultur ab, sie sind nicht naturgegeben (vgl. Hays 1998, 40).

Im Mittelalter war man in Europa der Ansicht, dass Kinder einen Hang zum Bösen haben. Ihnen schien etwas Dämonisches anzuhaften, weshalb sie mit Wickelbändern gebändigt wurden. Zur Beruhigung wurden ihnen Opium oder alchemistische Arzneien verabreicht, als Disziplinierungsmaßnahme bekamen sie Prügel (vgl. Hays 1998, 44). Außerdem wurden die Kinder vorzugsweise anderen überlassen. Man ging nicht davon aus, dass Mütter ihre Kinder versorgten und sie beschützten. Innerhalb der Gesellschaft und der Familie herrschte eine klare Hierarchie, in der die Frauen ihren Männern und die Kinder ihren Eltern gehorchten. Bis ins 17. Jahrhundert heißt es: „Der Vater ist für seine Kinder, was der König für seine Untertanen ist, was Gott für die Menschen ist,

das heißt, was der Hirte für seine Herde ist“ (zit. Badinter 1981, 25 aus Hays 1998, 45).

Waren die Kinder sechs oder sieben Jahre alt, galten sie bereits als erwachsen genug, um zu arbeiten (vgl. Hays 1998, 46). Bei der hohen Kindersterblichkeit zu dieser Zeit war es nicht zweckmäßig, viel Zeit, Energie und Geld in sie zu investieren. Sobald es möglich war, mussten sie zum Unterhalt der Familie beitragen (vgl. Hays 1998, 47).

In der Renaissance, also der ‚Wiedergeburt der Antike‘, die ihren Höhepunkt etwa um 1500 hatte, wandte man sich von den starren hierarchischen Strukturen die im Mittelalter herrschten schließlich ab und veränderte damit teilweise die bis dahin geltenden pädagogischen Ansichten. Das Standesbewusstsein trat mehr in den Hintergrund zugunsten von Individualität und Lebensbejahung (vgl. Stumpf 2007, 9). Der Mensch wird nun als eigenständiges geistiges Individuum betrachtet (vgl. Böhm 2007, 44).

Erasmus von Rotterdam (1466 oder 1469-1536) schreibt, als einer der bedeutendsten Humanisten der Renaissance, der Erziehung im frühen Kindesalter Bedeutung zu (vgl. Stumpf 2007, 12). Er hebt die Erziehung des Menschen auf den Rang einer zweiten Geburt, indem er behauptet, dass man nicht durch die Geburt, sondern durch Erziehung und Bildung zum Menschen wird (vgl. Böhm 2007, 45). Durch die Erziehung soll der Mensch, der nach der Geburt sozusagen eine rohe Materie darstellt, geformt werden. Der Mensch wird also nicht als vollkommener Mensch geboren, trägt aber Potenzial in sich. Erziehungsreformen sollen zu einer moralischen Besserung der Gesellschaft beitragen. Ein Bürger muss im gesellschaftlichen Leben zivilisierte Verhaltensweisen wie Selbstkontrolle und Beherrschtheit zeigen. Erasmus betont die Freiheit des Schülers, der durch seine Individualität Respekt verdient (vgl. Stumpf 2007, 12-13). „Für das 16. Jahrhundert ungewöhnlich direkt formuliert die Pädagogik des Erasmus die Wechselwirkung von individueller Entfaltung und Disziplin“ (zit. Stumpf 2007, 13).

In der Zeit der Aufklärung (ca. 1680-1780) findet eine Ablösung von der Natur und Tradition statt. Der Mensch befreit und emanzipiert sich von „der

Orientierung und Anleitung durch Autoritäten“ und wendet sich dem Selbstdenken und der Vernunft zu (Böhm 2007, 57).

Die Ansichten über Kindheit und Erziehung veränderten sich in Westeuropa, in erster Linie in der Mittelschicht und im Adelsstand. Die Kindheit wurde nun als ein besonderer und wertvoller Lebensabschnitt angesehen. Auch Kinder zu prügeln war nicht mehr als Disziplinierungsmaßnahme vorgesehen. Immer mehr Mütter begannen ihre Kinder zu stillen und immer seltener wurden Kinder mit Bändern gewickelt. Die ‚Unschuld‘ des Kindes wurde neu entdeckt (vgl. Hays 1998, 47).

Ein wichtiger Vertreter dieser Zeit war John Locke (1632-1704). Er setzt sich für die Umsetzung der Ergebnisse des Empirismus in die konkrete, praktische Erziehung ein (vgl. Böhm 2007, 59). So formulierte er detaillierte Erziehungsratschläge und Erziehungsanweisungen, die wohlgezogene und brauchbare Menschen bilden sollen. Dabei steht die Tugend vor dem Wissen, die Gewohnheiten vor den Vorschriften. Durch die Praxis lernen wir zu handeln, ohne auf Regeln und Vorschriften zurückgreifen zu müssen. Mit seinen Schriften und dem Erziehungskatalog erweckt er einen großen Erziehungsoptimismus (vgl. Böhm 2007, 60).

Jean Jacques Rousseau (1712-1778) führt eine Wendung der Pädagogik herbei, die vom Kind ausgeht und „die Lebenssituation des Kindes, seine altersgemäßen Bedürfnisse und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen umfasst“ (zit. Stumpf 2007, 41). Seine pädagogischen Betrachtungsweisen haben noch heute Einfluss auf Pädagogen (vgl. Böhm 2007, 41).

Das Buch von John Locke ‚Gedanken über Erziehung‘ (1693) und die Erziehungsratgeber von Jean-Jaques Rousseau ‚Julie‘ (1761) und ‚Emile‘ (1762) kommen bei der Kindererziehung zu tragen. Rousseau ist der Meinung, dass das Kind heilig, edel und unschuldig sei. Kinder sollten liebevoll und zärtlich behandelt und vor Bösem geschützt werden (vgl. Hays 1998, 48).

Im Neuhumanismus (1770-1830) wendete man sich von der bis dahin geltenden Nutzbarmachung des Menschen durch Bildung ab. Bildung dient nun der Formung „einer harmonischen inneren Gestalt“ (zit. Stumpf 2007, 56). Individualität wird großgeschrieben (vgl. Stumpf 2007, 56).

Im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert tauchen bereits Elemente der heute gültigen Ideologie der intensiven Kindererziehung auf. Mutterschaft wurde

allmählich zu einem anerkannten Wert. Nicht mehr durch den Rohrstock, sondern durch permanente psychologische Beeinflussung sollte das Gewissen des Kindes geprägt werden (vgl. Hays 1998, 56).

In der Mittelschicht kam es zu einem neuen Verständnis von Mutterschaft. Zwar blieb der Vater noch die höchste Autorität in der Familie, aber der Mutter kam größere Hochachtung zu. Die Mutterliebe wurde zu einem zentralen und positiven Antrieb der Erziehung. Das Kind wurde als unschuldiges, reines Geschöpf gefeiert (ebd.).

Die Arbeiterfrauen des 19. Jahrhunderts waren noch nicht von der Ideologie der Häuslichkeit oder einem besonderen Selbstbewusstsein als Mutter geprägt (vgl. Hays 1998, 61).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Erziehung in den Rang einer Wissenschaft erhoben und damit nahm der Status der Mutter, als die von Natur aus talentierte Betreuerin ihrer Kinder, ab. Die Mutter muss nun zur Erziehungsexpertin werden und die von Experten empfohlenen Erziehungsmethoden anwenden (vgl. Hays 1998, 64).

Die Zeit der strengen Stundenpläne, mit der Betonung auf einzuhaltende Regeln begann. Es hieß ‚Lasst das Kind schreien, denn Schreien ist Gesund‘. Das Kind verlor den Status der Unschuld (ebd.).

Mit der Verwissenschaftlichung der Erziehungsmethoden wurde auch ein verstärktes Augenmerk auf die Kindheit gelegt (vgl. Hays 1998, 66). Erziehung wurde „als immer wichtiger werdendes soziokulturelles Wirklichkeitsgebiet betrachtet“ (zit. Stumpf 2007, 79).

Wilhelm Dilthey (1833-1911) definiert Erziehung „als planmäßige Tätigkeit, durch die Erwachsene das Seelenleben von Heranwachsenden zu bilden suchen“ (zit. Stumpf 2007, 90). Erziehung ist eine gesellschaftliche Funktion, durch die „die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit ermöglicht werden“ soll, um „der Gesellschaft im Ganzen einen höchsten Grad an Leistungskraft zu verschaffen“ (zit. Stumpf 2007, 90).

Im 20. Jahrhundert entwickelte sich eine Reformbewegung „gegen pädagogischen Intellektualismus und Mechanismus, gegen Zerspaltung und Veräußerlichung von Erziehung, gegen die als autoritär und bürgerlich-eng

empfundene Erwachsenenwelt, welcher der junge Mensch ausgeliefert ist“ (zit. Stumpf 2007, 79). In diese Zeit fallen unter anderem auch die reformpädagogischen Ansätze Maria Montessoris, Rudolf Steiners mit der Waldorfschule und A.S. Neill mit seiner antiautoritären Erziehung am Beispiel Summerhills (vgl. Kramer 1997; Lindenberg 1983; Neill 2009).

In der Mitte der zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts verlor die distanzierte Behandlung des Kindes an Ansehen und die Mutterliebe und die zärtliche Zuwendung der Mutter wurde wieder als entscheidender Faktor zur Förderung des Kindes hervorgehoben. Säuglinge sollten ihre Still- und Schlafenszeiten selbst bestimmen dürfen. Das primäre Ziel der Erziehung war nicht mehr das strenge Einüben von richtigem Verhalten des Kindes seiner Umwelt gegenüber, sondern die Bewahrung der dem Kind innewohnenden Unschuld (vgl. Hays 1998, 71).

Das Konzept der kindzentrierten Familie bekommt eine neue Bedeutung. Das Leben zu Hause ist um das Kind zentriert, sie sind es auch, die Anweisungen geben, wie man mit ihnen umgeht. Das Kind unterweist die Eltern. Es entsteht ein expertengeleiteter, kindzentrierter Erziehungsstil. Das Großziehen von Kindern wird arbeitsintensiver, kostspieliger und emotional erschöpfender denn je (vgl. Hays 1998, 72).

Die Mutterliebe stellte das wichtigste Element in der Kindererziehung dar, doch die alte Angst vor der verwöhnenden Mutter war auch immer noch vorhanden. Man schrieb den Müttern zwar alles zu, was die Kinder an Positivem aufzuweisen hatten, aber sie trugen auch die Verantwortung für die psychischen Störungen der Kinder und deren gesellschaftlichen Probleme (vgl. Hays 1998, 74ff).

Die in den USA meist gelesenen Erziehungsratgeber in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren die Bücher von Dr. Spock, Brazelton und Leach und beeinflussten auch den europäischen Erziehungsstil (vgl. Hays 1998, 82).

Diese drei Autoren fordern einen Erziehungsstil, der von Hays als ‚Stil der intensiven Bemutterung‘ bezeichnet wird. Dieser geht davon aus, dass die Betreuung der Kinder in erster Linie Aufgabe der Mutter ist. Die empfohlenen Erziehungsmethoden sind arbeitsintensiv, kindzentriert, expertengeleitet, emotional anstrengend und kostenintensiv. Der Wert eines Kindes ist nicht messbar, Kinder sind heilig, unschuldig und rein (ebd.).

6.3 Familienverhältnisse in Österreich:

Laut österreichischem Institut für Familienforschung, kurz ÖIF, gewinnt die eigene Familie heute wieder an Relevanz, vor allem im Vergleich zum Arbeitssektor. Das ‚private Glück‘ ist genauso wichtig wie der berufliche Erfolg und die Familie dient als Refugium für den individualisierten Menschen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird immer wichtiger (vgl. Cizek 2004, 8).

6.3.1 Vereinbarkeit von Familie und Erwerb:

Das Wegbrechen von alten Rollenschemata bedeutete zwar für die Frau die Möglichkeit aus dem häuslichen Umfeld auszubrechen, gleichzeitig stellte sie diese Individualisierung jedoch vor das große Problem, die beste Strategie zu finden, Familie und Erwerb zu vereinbaren. Die Frau wurde und wird damit einer Doppelbelastung ausgesetzt (vgl. Cizek 2004, 17). Ein möglicher Lösungsansatz für das Problem der Doppelbelastung liegt in der Einführung von Transferleistungen. Am 1. Jänner 2001 wurde daher in Österreich das Kinderbetreuungsgeld (kurz KBG) eingeführt (vgl. Cizek 2004, 18).

„Es zeigte sich, dass das KBG für die Mehrzahl der BezieherInnen eine Besserstellung bedeutet, und zwar vor allem für Personen, (a) die vorher keinen bzw. einen eingeschränkten Anspruch hatten, (b) die länger als eineinhalb Jahre die Kinderbetreuung selbst übernehmen wollten, (c) die neben dem Geldbezug dazuverdienen wollen oder müssen und (d) für Personen, die für ihre Alterspension wenig Beitragsmonate aus dem Erwerbseinkommen beziehen“ (zit. Cizek 2004, 19).

Personen mit höheren Einkünften, nicht-Selbstständige, die eine volle Bezugsdauer und Kündigungsschutz bekommen, Personen, die die Karenz mit Geldbezug aufschieben oder eine Teilzeitkarenz ohne Zuverdienstgrenze beanspruchen, sind jedoch benachteiligt. Das Kinderbetreuungsgeld bewirkt primär, nach Meinung von Beziehern, dass Mütter längere Zeit die Kinderbetreuung selbst übernehmen. Es hat wenig Auswirkungen auf die

Erwerbstätigkeit der Mutter und auf die Vaterbeteiligung bei den häuslichen Pflichten und auf die Kindererziehung (ebd.).

Allerdings spielt der zu den bedeutendsten Aspekten des sozialen Wandels zählende Einstellungswandel der Frau, der zu einer verstärkten Erwerbsorientierung geführt hat, in diesem Zusammenhang eine tragende Rolle. Einer Studie von Lischke (1984) zufolge, die die Einstellung von 100 Frauen hinsichtlich Mutterschaft und Berufsleben erhob, lehnen Frauen zwischen 20 und 35 Jahren eine Mutterschaft und Heirat als zentrales Orientierungsmuster eines Frauenlebens ab (vgl. Klepp in Cizek 2004, 90).

Laut europaweiten Vergleichsstudien haben die Österreicher und Österreicherinnen eine äußerst ambivalente Einstellung gegenüber Rollenbildern. Obwohl rund 70% der Befragten den Aussagen, dass es wichtig für die Unabhängigkeit der Frau ist, erwerbstätig zu sein und, dass beide Partner zum Haushaltseinkommen beitragen sollten, zustimmten, „wird das Befinden der Kinder in Österreich sehr deutlich in den alleinigen Verantwortungsbereich der Mütter verwiesen“ (ebd.).

„Die Betreuung und Erziehung von Kindern wird gemeinhin unter „Elternschaft“ subsummiert, wobei die Mutter für das Allgemeine und die kontinuierliche Fürsorge steht, der Vater hingegen für das Besondere, für Spiel und Sport“ (zit. Tazi-Preve in Cizek 2004, 109).

6.3.2 Familiäre Arbeitsteilung:

In Österreich ist immer noch die Mutter überwiegend für Haushalt und Kinderbetreuung zuständig. Laut Bacher und Wilk (1996) helfen zwar auch Männer zunehmend mit, doch hat sich die geschlechtsspezifische Aufgabenverteilung im Haushalt kaum verändert. Auch das wesentlich höhere Maß an Hausarbeit, das vor allem mit kleinen Kindern und mit jedem Kind mehr entsteht, wird fast ausschließlich von den Müttern getragen. Einigen Studien zufolge, unter anderem von Künzler (1994), führt Erwerbstätigkeit sowohl bei Männern, als auch bei Frauen zu einer Reduktion der Hausarbeit (vgl. Klepp in Cizek 2004, 91). Wenn ein Partner mehr Hausarbeit leisten muss als von ihm als

angemessen erachtet, besteht ein hohes Risiko für eine niedrige Partnerschaftsqualität. Vor allem Mütter mit Kleinkindern und Vorschulkindern sind mit der Arbeitsaufteilung unzufrieden, da die Gesamtbelastung in dieser Lebensphase der Kinder am höchsten ist. Besonders berufstätige Mütter haben durch diese enorme Gesamtbelastung wesentlich weniger Freizeit als Männer (vgl. Klepp in Cizek 2004, 92).

In einer Fragebogenuntersuchung befragte Klepp 260 Mütter mit mindestens einem Kind im Alter von 0 bis 6 Jahren zu ihrer subjektiven Lebensqualität. Vor der Geburt des ersten Kindes, waren fast alle der Befragten berufstätig oder in Ausbildung, die meisten stellten dies jedoch für die Betreuung des Kindes zurück, obwohl ihnen die Berufstätigkeit Freude bereitete. Im Gegensatz dazu gaben sie an, dass die Hausarbeit, die vom zeitlichen Aufwand mit einem Halbtagsjob vergleichbar ist, eindeutig ungeliebt und überfordernd sei. Besonders die berufstätigen Mütter fühlen sich im Allgemeinen von der Gesamtbelastung überfordert und haben noch weniger Freizeit. Über ein Drittel der befragten Frauen, die ‚nur‘ den Haushalt und die Kinder versorgen, sind mit dieser Rolle unzufrieden (vgl. Klepp in Cizek 2004, 95).

Nach Angaben der Frauen, übernehmen die Männer nur sporadisch Aufgaben (wie etwa den Müll hinaustragen und kleinere Reparaturarbeiten). In der Kinderbetreuung beteiligen sie sich beim ins Bett bringen und bei besonderen Unternehmungen (beispielsweise ins Schwimmbad gehen oder Zoobesuch). Die Mütter wünschen sich mehr Beteiligung von Seiten des Partners und ein Drittel gab an, mit dieser Form der traditionalistischen Arbeitsaufteilung unzufrieden oder gar sehr unzufrieden zu sein (vgl. Klepp in Cizek 2004, 96).

„Frauen mit Kindern im Alter von 0-6 Jahren weisen gegenüber der altersentsprechenden weiblichen Normpopulation höchst signifikante Beeinträchtigungen in den Bereichen „Physisch“, „Psychisch“ und „Soziale Beziehungen“ auf“ (zit. Klepp in Cizek 2004, 96). Persönliche Beziehungen haben eine zentrale Bedeutung für die subjektive Lebensqualität von Frauen mit Kindern im Vorschulalter (vgl. Klepp in Cizek 2004, 98). Nächtliche Schlafunterbrechungen haben negative Auswirkungen auf das physische und psychische Befinden der Mütter, wobei sich auch hier eine emotionale Unterstützung von außen, positiv auf das psychische Befinden auswirkt. Die Studie ergab, dass viele alleinerziehende Mütter und Mütter, deren erstes Kind

zwischen 0 und einem Jahr ist, ihre Lebensqualität gering einschätzen. Besonders die zweite Gruppe weist starke Beeinträchtigungen in den sozialen Beziehungen und den physischen und psychischen Bereichen auf (vgl. Klepp in Cizek 2004, 99ff).

Lediglich bei sieben der 260 Befragten, gab es eine hohe familiäre Arbeitsteilung im Sinne von ‚50:50‘, was die subjektive Lebensqualität der Frau deutlich erhöhte (vgl. Klepp in Cizek 2004, 100).

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Arbeitsteilung in österreichischen Familien, die mindestens ein Kind unter 15 Jahren haben. Die Betreuung der Kinder wurde in verschiedene Kategorien eingeteilt und nachgefragt, wer in der Familie welche Arbeiten überwiegend übernimmt:

	Überwiegend von mir		Gemeinsam	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Sich um das Essen der Kinder kümmern	82	8	11	10
Kinder anziehen	84	5	13	17
Arztbesuch mit den Kindern	81	6	16	24
Behördengänge für Kinder erledigen	65	18	20	32
Im Notfall eine Kinderbetreuung organisieren	74	6	21	32
Wahl der Kinderbetreuungsstätte/Schule	38	4	58	69
Mit den Kindern spielen bzw. etwas unternehmen	25	4	69	75
Kindern bei den Hausaufgaben helfen	64	7	30	40

Angaben in Prozent (gerundet) Quelle: PPA II.

Tabelle 11: Aufteilung der Kinderbetreuung (Befragte mit einem Kind unter 15 Jahren im Haushalt; 20-65 Jahre) zit. Klepp in Cizek 2004, 117

Die Tabelle zeigt, dass über 80% der befragten Männer und Frauen angeben, dass das Kochen und das Anziehen der Kinder fast ausschließlich von den Müttern übernommen wird. Männer schätzen ihre Beteiligung, was Arztbesuche und Behördengänge angeht, höher ein als das von den Frauen angegeben wird. Die Wahl der Kinderbetreuungsstätte beziehungsweise der Schule, das Spielen mit den Kindern und Unternehmungen, werden von den meisten Paaren als gemeinsame Aufgaben angesehen. 64% der Frauen geben an, den Kindern überwiegend alleine bei den Hausaufgaben zu helfen, während nur 7% der Männer dieser Aufgabe überwiegend alleine nachkommen. Allerdings geben auch viele der Befragten an, dies gemeinsam zu tun (vgl. Klepp in Cizek 2004, 116ff).

Bei Betrachtung der Tabelle fällt auf, dass der Anteil der Männer, die eine Aufgabe überwiegend alleine übernehmen, bei allen Fragen sehr gering ist (vgl. Klepp in Cizek 2004, 117).

Da die Mutterschaft also durch eine verminderte Lebensqualität gekennzeichnet ist, entschließen sich immer mehr Frauen erst relativ spät oder gar keine Kinder zu bekommen und entscheiden sich für die Berufstätigkeit oder eine höhere berufliche Qualifikation. Familie und Beruf zu vereinen, führt oft zu einer permanenten Überforderung (vgl. Klepp in Cizek 2004, 101).

6.3.3 Konflikt Partnerschaft/Elternschaft:

Auch die Paarbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung haben historisch gesehen einen Bedeutungswandel erfahren. Die ökonomische Bedeutung des Kindes für die Familie ist weit in den Hintergrund getreten und wurde durch eine glückserfüllende und sinnstiftende Bedeutung ersetzt. Dadurch sind sowohl Partnerschaft als auch Elternschaft anspruchsvoller und schwieriger geworden. Partnerschaften werden zusehends labiler, da sie auf emotionaler Basis beruhen und diese, ein entscheidendes Kriterium für Stabilität darstellt. Das wird auch

gesellschaftlich immer mehr akzeptiert, was bei dem immer gebräuchlicher werdenden Begriff ‚Lebensabschnittspartner‘ deutlich wird. Die Elternschaft erfordert im Gegensatz dazu eine starke Bindung und stabile Verhältnisse. Laut zahlreicher Studien, erlebt die Partnerschaft nach der anfänglichen Euphorie nach der Geburt des ersten Kindes, eine Krise und ihre Qualität nimmt ab (vgl. Klepp in Cizek 2004, 88).

Trotzdem ist für den Großteil der Frauen der Wunsch nach einem Kind fixer Bestandteil ihrer Lebensplanung (vgl. Klepp in Cizek 2004, 81).

6.3.4 Kinderwunsch:

Eine europaweite Studie, die das ÖIF von 2000 bis 2002 für Österreich durchführte, befasste sich mit der Frage, wie es zu einer Entscheidung eines Paares für oder gegen ein Kind kommt. Motive auf individueller und partnerschaftlicher Ebene, der soziale Einfluss von Eltern und Freunden, finanzielle Voraussetzungen, Erwerbssituation und verfügbare Kinderbetreuungseinrichtungen, waren nur einige der Einflussfaktoren, die berücksichtigt wurden. Zuerst fanden Einzelinterviews statt, dann wurden die Partner zusammen interviewt und so miteinander konfrontiert. Das Hauptergebnis betraf den emotionalen Wert eigener Kinder. Diese sollen einen emotionalen Ausgleich in einer Welt schaffen, die immer schneller wird und einen Rückzug ins Private ermöglichen, wie auch schon in anderen Studien entdeckt wurde. Laut Pfeiffer und Kapella (2000) waren die häufigsten Argumente auf emotional individueller Ebene für Kinder, die Bereicherung fürs eigene Leben und, dass es schön sei, Kinder aufwachsen zu sehen. Dagegen sprachen vor allem strukturell-individuelle Argumente, wie mangelnde Zeit für ein Kind und die Karriere (vgl. Cizek 2004, 26ff).

Diese Polarität zeigt deutlich, dass sowohl Wünsche und Hoffnungen, aber auch eine Vielzahl an Ängsten, die mit den Veränderungen des Lebens durch Schwangerschaft und Geburt einhergehen, verbunden sind. Die Mutter befindet sich in einem Spannungsfeld, das einerseits durch die vielen schönen Seiten der Mutterschaft gekennzeichnet sind, wie die Freude am Kind und es in seiner

Entwicklung beobachten und begleiten zu dürfen, andererseits werden diese von verschiedenen Faktoren wie Isolation, partnerschaftlichen Problemen, hoher Verantwortung, monotoner Hausarbeit, ungünstigen gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, Unterbrechung der Erwerbstätigkeit und schlechteren materiellen Verhältnissen als vor der Geburt des Kindes, überschattet. Die vollbrachten Leistungen einer Mutter finden zudem kaum Anerkennung, sind weitgehend unsichtbar und unbezahlt (vgl. Klepp in Cizek 2004, 81).

6.3.5 Kind: Luxusgut und/oder Hemmschuh

Da sich die Mutter-Kind-Bindung in erster Linie über die Beziehungsebene der emotionalen und körperlichen Versorgung des Kindes entwickelt und diese meist von der biologischen Mutter geleistet wird, entsteht das Konstrukt der ‚naturgegebenen Mutterliebe‘. Dieses scheinbar naturgegebene Gefühl hängt jedoch von sozialen und kulturellen Bedingungen ab und hat sich im Laufe der Jahrhunderte stark gewandelt. Ursprünglich bedeutete Mütterlichkeit weniger Liebe als Pflicht, derer sich viele Frauen durch das Weggeben des Kindes an eine Amme entledigten (vgl. Klepp in Cizek 2004, 86).

Die Mutterliebe im heutigen Sinne entstand im 18. Jahrhundert, zur Zeit der Aufklärung, die durch das Streben nach Glück im Leben, das seinen Platz im familiären Kleinverband finden sollte, gekennzeichnet war. So entstand eine Emotionalisierung familiärer Beziehungen und die Verantwortlichkeit für das Kind wurde der Mutter zugewiesen (ebd.).

Früher stellten Kinder eine wirtschaftliche und oft existenzielle Notwendigkeit für deren Eltern dar. Heute sind diese jedoch eine nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung. In den Jahren 1995/1996 führte das Institut für Demographie eine Befragung durch, um Gründe, die gegen ein beziehungsweise ein weiteres Kind sprechen, zu erheben. „Demnach geben fast 60% der Befragten an, den jetzigen Lebensstandard nicht aufgeben zu wollen. Für fast 40% würde ein Kind zu hohe Kosten verursachen, und über 30% sehen ungeeignete Wohnverhältnisse in Opposition zu einem Kind (Vgl. Resl, 2000, S.39).“ (zit. Klepp in Cizek 2004, 86).

Folglich haben Kinder heutzutage den Stellenwert von Luxusgütern (ebd.).

Dieser Bedeutungswandel brachte auch Veränderungen des Erziehungsstiles mit sich. Während bis zirka Mitte des 20. Jahrhunderts der Gehorsam der Kinder oberste Priorität besaß, wurde diese autoritäre Erziehung ab den fünfziger Jahren immer mehr von einem demokratischen und liberalen Erziehungsstil abgelöst. Im Mittelpunkt steht nun das Kind, die bestmögliche Förderung seiner Fähigkeiten, das Respektieren seiner Bedürfnisse und Wünsche. Diese Kindzentrierung und intensive Bemutterung wirken sich jedoch auch nachteilig für die Mütter aus, vor allem, wenn sie alleine für diese intensive und aufwendige Form der Erziehung zuständig sind (ebd.).

„Ich glaube, Muttersein ist einer der härtesten Jobs auf der Welt. Davon bin ich überzeugt! Darüber würde ich mit jedem Firmenjuristen streiten. Schauen Sie mal, ob die das 24 Stunden am Tag machen. Das ist ein Job, bei dem man in jeder anderen Branche immer einen Piepser bei sich hätte. Man ist ständig in Bereitschaft. Man hat kein eigenes Leben mehr, wenn man Kinder hat, weil das ihnen gehört“, so eine von Hays interviewte Mutter (zit. Hays 1998, 162).

Mütter sind also, nach der heutigen Erziehungsideologie unserer Gesellschaft, gezwungen, ihren Kindern, die heute den Status von Heiligen erreicht haben, völlig uneigennützig Zeit, Geld und Liebe zu widmen, während in der Arbeitswelt die gegenteilige Ideologie herrscht. Diese ist geprägt von „abstrakten Beziehungen zwischen isolierten Individuen, für die das Streben nach eigennützigem Profit handlungsbestimmend ist“ (Hays 1998, 133). Da sehr viele Mütter berufstätig sind, befinden sie sich in einem Spannungsfeld zwischen diesen beiden kulturellen Modellen, was wiederum eine zusätzliche Belastung darstellt. Die Ideologie der aufopfernden und fürsorglichen Mutter und des unschuldigen Kindes ist andererseits ein wichtiger Widerstand gegen eine Welt, in der jeder gegen jeden kämpft (vgl. Hays 1998, 226).

6.3.6 Scheidung:

Österreich ist ein Land mit einer hohen Scheidungsrate. Auch wenn diese von 2002-2004 leicht rückläufig war, hat sie sich in den 30 Jahren davor mehr als

verdoppelt. Die höchste Scheidungsrate gab es 2001 mit 46%, 2003 betrug sie 43,2% (vgl. Statistische Jahrbücher 2003/2004, Statistik Austria in Cizek 2004, 13).

Eine elterliche Scheidung hat auch Auswirkungen auf die Kinder und unter anderem auch auf deren eigene Lebensführung. So gehen zum Beispiel Scheidungskinder seltener eine Lebensgemeinschaft ein, als Kinder aus ‚intakten‘ Familien. Wenn sie sich jedoch für eine Lebensgemeinschaft beziehungsweise Ehe entscheiden, so tun sie das meist früher. 40% der Frauen, die eine elterliche Scheidung erlebt haben, befinden sich mit 20 Jahren entweder schon in einer Ehe oder sind zumindest ernsthaft liiert, im Gegensatz dazu, Frauen aus einer ‚intakten‘ Familie nur zu 31%. Die Anzahl der Männer beläuft sich auf 20% zu 11%. Die Stabilität der Ehe oder der ersten Lebensgemeinschaft leidet allerdings erheblich. Diese lösen sich nämlich bei Scheidungskindern um 22% häufiger auf, als in der Kontrollgruppe (vgl. Cizek 2004, 14).

6.4 Familienverhältnisse in Italien:

Die italienische Verfassung definiert und schützt die Familie als eheliche Gemeinschaft. Grundlegende Prinzipien sind darin die „...gesetzmäßige Beziehung zwischen Mann und Frau und die gesetzlichen Rechte und Pflichten der Eltern gegenüber ihren Kindern“ (Röbbel 2004, 356).

Da die Familie ein Produkt der Gesellschaft ist, ist sie Veränderungen ausgesetzt (vgl. Zanatta 2008, 7).

6.4.1 Die italienische Familie im Wandel der Zeit:

Um die Charakteristiken der zeitgenössischen italienischen Familie verstehen zu können, muss man in die Vergangenheit zurück blicken, in die geschichtliche Periode, in der sich die moderne Familie etablierte und festigte. Diese Periode erstreckt sich laut Zanatta, vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis in die Mitte der

60er Jahre des 20. Jahrhunderts. Diese Zeit wird auch als ‚goldenes Zeitalter der Ehe‘ bezeichnet, in der Sexualität, Liebe und Zeugung moralisch und sozial nur innerhalb der Institution Ehe geduldet waren. Auf kultureller Ebene setzte sich der Wert des Individualismus auch im Bereich der Gefühle durch, was der englische Historiker Lawrence Stone als ‚affektiver Individualismus‘ bezeichnete. Ausgehend vom gehobenen Mittelstand, breitete sich das Ideal der romantischen Liebe in allen sozialen Schichten aus. Unter romantischer Liebe wird hier eine einzige große Liebe für das ganze Leben verstanden, die durch die Hochzeit gekrönt ist. Es entwickelte sich eine neue affektive und erzieherische Aufmerksamkeit Richtung Kind (kindzentrierter Ansatz). Das hat die Zuteilung der familiären und der exklusiven mütterlichen Rolle an die Frau zur Folge (vgl. Zanatta 2008, 10ff).

Verschiedene eng miteinander verbundene Faktoren, haben dazu beigetragen, dass die Ehe ab einem gewissen Zeitpunkt in die Krise geraten ist:

- auf ökonomischer Ebene, die Entwicklung und Transformation der Wirtschaft, die einen progressiven und massiven Eintritt der Frauen in den Arbeitsmarkt gefördert hat, um diese damit ökonomisch von den Männern unabhängig zu machen,
- auf soziokultureller Ebene, die wachsende Säkularisierung¹⁶ der Gesellschaft (das Abschwächen der religiösen Kontrolle im sozialen Leben und die Orientierung, den Glauben als eine Privatsache zu betrachten), für die der Anstieg der standesamtlichen Trauungen in Italien ein eindeutiger Beweis ist,
- die Massenbeschulung,
- das Aufkommen von Kollektiv-Bewegungen, darunter der Feminismus, die den patriarchalen Autoritarismus und das Modell der traditionellen Familie in Frage gestellt haben, und

¹⁶ Säkularisierung: geistige oder gesellschaftliche Lösung aus kirchlicher oder religiöser Abhängigkeit, Verweltlichung (Langenscheidt Fremdwörterbuch online)

- in den darauf folgenden Jahren, das sich Ausbreiten von Orientierungen, die darauf ausgerichtet waren, die individuelle Subjektivität und die Privatsphäre aufzuwerten (vgl. Zanatta 2008,11).

6.4.2 Die Sonderstellung Italiens:

Die Situation Italiens ist im Vergleich zum Rest Westeuropas etwas außergewöhnlich, daher ist es schwer, die Stellung Italiens im Rahmen dieser sozialen und demografischen Veränderungen zu bestimmen. In diesem Zusammenhang treten zwei wissenschaftliche Positionen einander gegenüber:

Die erste ist die These der Spezifität:

Sie besagt, dass der Fall Italiens weder ähnlich noch vergleichbar mit anderen westeuropäischen Ländern ist, weil die Tradition in Italien eine höhere Wirkmacht hat als anderswo und die Veränderungen daher überwiegend innerhalb eines traditionellen Familienmodells stattfinden: die verheirateten Paare mit Kindern bilden immer noch die große Mehrheit des familiären Kerns. Die Jungen heiraten zwar später und seltener, aber sie bleiben lieber länger in der Ursprungsfamilie als alleine oder unehelich zusammen zu leben. Die unehelichen Geburten nehmen zu, aber bleiben auf einer viel niedrigeren Ebene als in anderen Ländern; die Fruchtbarkeit verringert sich, aber der Großteil der Paare hat zumindest ein Kind; die Trennungen und Scheidungen nehmen zu und es entstehen neue Formen von Familie, aber diese Phänomene sind weit von den Dimensionen, die sie in anderen Ländern erreicht haben, entfernt (vgl. Zanatta 2008, 19ff).

Diese Eigenarten zeigen nicht einfach eine Verspätung des Landes, sondern ein tatsächlich verschiedenartiges Modell der Familienentwicklung: das *mediterrane Modell*, das Italien mit anderen südeuropäischen Ländern verbindet (vgl. Zanatta 2008, 20).

Die Ursachen für Spezifität und Anomalien des italienischen Modells sind im Nachwirken der religiösen und kulturellen Traditionen zu suchen – ein

Phänomen, das als ‚familismo‘ bezeichnet wird. Dieser Ausdruck hat verschiedene Bedeutungen erlangt, über die es zwischen den Wissenschaftlern noch eine offene Debatte gibt. Hier wird der Begriff sehr einfach im Sinne einer besonders großen Macht und Wichtigkeit der Familie in Italien aufgrund spezifischer historischer Ereignisse verstanden, sei es auf kultureller, als auch auf sozioökonomischer Ebene. In Italien übt die Familie weiterhin auch Rollen und Funktionen aus, die in anderen Ländern in die Kompetenz von öffentlichen Institutionen fallen. Auf diese Weise füllt die Familie die Lücken und deckt die Schwächen des Staates ab. Der ‚familismo‘ ist also nicht nur eine Ursache, sondern auch eine Konsequenz einer säkularen Nichterfüllung durch den italienischen Staat (ebd.).

Die kulturellen Faktoren sind wichtig, werden aber in ein komplexeres Ursachengeflecht für die Verspätung im Prozess der Modernisierung des Landes gesetzt, in dem das fortdauernde ökonomische und soziale Ungleichgewicht zwischen dem Norden und dem Süden und der verspätete und immer noch limitierte Eintritt der Frauen in den Arbeitsmarkt eine ebenso ausschlaggebende Rolle gespielt haben und immer noch spielen (ebd.).

Die 2. These ist eben diese der Verspätung:

Ihre Verfechter negieren die kulturellen und strukturellen Unterschiede zwischen Italien und den anderen Ländern Westeuropas nicht. Sie weisen jedoch darauf hin, dass es in den letzten Jahren zu einer starken Beschleunigung in Richtung einer Angleichung gekommen ist (vgl. Zanatta 2008, 21).

Die neuesten Untersuchungen bestätigen: Auch wenn in Italien die Ehe das vorherrschende Familienmodell bleibt, nehmen Trennungen und Scheidungen in sehr raschem Tempo zu. Zudem ist eine Verbreitung anderer Formen von Familienleben im Gange, die Italien immer näher an die anderen westlichen Länder heran rücken lässt. Das geschieht, weil auch in Italien - trotz seiner Besonderheit - die gleichen Veränderungsfaktoren wirken wie anderswo:

Je mehr der Prozess der Modernisierung fortschreitet und sich die Erwerbstätigkeit der Frauen ausbreitet, desto stärker gleicht sich Italien an die anderen Länder Westeuropas an (ebd.).

Dennoch bleiben tief sitzende territoriale Unterschiede bestehen, die in verschiedenen historischen Ereignissen wurzeln. Die italienische Gesellschaft von Heute ist in wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Hinsicht eine komplexe und von Widersprüchen geprägte in der zugleich Tradition, Modernität und Postmodernität zu finden sind. Zum Beispiel geht aus allen Untersuchungen - auch den neuesten - hervor, dass junge Leute an einigen traditionellen Werten wie Familie, Ehe und Kinder festhalten wollen. Auf der anderen Seite sind Orientierungen, die im Einklang mit der Tendenz zur Individualisierung und Privatisierung des Familienlebens stehen, immer mehr verbreitet, was ein gemeinsamer Charakter der zeitgenössischen westlichen Gesellschaft ist: Die Untersuchungen bei Jugendlichen zeigen, dass eine Massenakzeptanz von sexuellen Beziehungen vor der Ehe, von Scheidung und von einem Zusammenleben außerhalb der Ehe besteht. ‚Postmoderne‘ Verhaltensweisen also, die jedoch teilweise mit konkreten traditionellen Verhaltensweisen kontrastieren (ebd.).

Daher ist es schwierig, der einen oder anderen These vollends zu folgen (ebd.). Aktuell kann man in Europa zwei gegensätzliche Familienmodelle beobachten: das ‚nordische Modell‘, also das der skandinavischen Länder auf der einen Seite, das durch einen frühen Austritt der Jungen aus der Herkunftsfamilie, durch eine hohe Quote an Lebensgemeinschaften, an Geburten außerhalb der Ehe und durch Scheidungen charakterisiert ist, und das ‚mediterrane Modell‘ auf der anderen Seite, das sehr viel traditioneller ist (ebd.).

Da Italien jedoch ein im eigenen Inneren sehr differenziertes Land ist, in dem das Nord-Süd-Gefälle äußerst stark zum Tragen kommt, könnte man zwischen drei territorialen Zonen unterscheiden. Unter einer solchen Betrachtungsweise zeigt sich, dass sich einige Regionen des Nordens und des Zentrums Italiens sehr an ein familiäres Modell annähern, das zwischen den zuvor genannten liegt, nämlich das ‚kontinentale‘, zu dem auch Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland und Luxemburg zählen. Der Süden wiederum gleicht sich an das mediterrane Familienmodell an. Es scheint daher nicht möglich zu sein, Italien ein einziges Familienmodell zuzuordnen (vgl. Zanatta 2008, 21ff).

6.4.3 Familienformen:

Der durch die Industrialisierung und Verstädterung eingeleitete Modernisierungsprozess hat zu einer Pluralisierung der Lebensformen und einer Neudefinition von Familie geführt. Die Familie hat in allen europäischen Ländern eine grundlegende Bedeutung und bildet sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Generationen den Mittelpunkt des Lebens. In Italien ist die gesellschaftliche Relevanz von Familie besonders ausgeprägt (vgl. Röbbel 2004, 321).

Innerhalb Italiens besteht ein Nord-Süd-Gefälle bei der Entwicklung der italienischen Familienformen. Der Norden weist eine schnellere Pluralisierung der Lebensformen auf als der Süden und orientiert sich damit mehr am ‚europäischen Modell‘. Die Regionen Marche, Toskana, Friuli, Veneto und Emilia Romagna bestätigen das weitverbreitete Bild der italienischen Familie und könnten als Repräsentanten der italienischen Gesellschaft angesehen werden (vgl. Röbbel 2004, 322).

Zwar gibt es in Italien, so wie in anderen südeuropäischen Ländern, größere Haushalte, Mehrgenerationenfamilien und erweiterte Familien stellen hier aber dennoch eher eine Ausnahme dar (vgl. Röbbel 2004, 361).

6.4.4 Religion/Religiosität:

„Vielen Veränderungen der Familienstrukturen liegt die zunehmende Säkularisierung zugrunde. Vor allem die katholische Religion hat nicht nur die in einer Kultur dominierenden Familienstrukturen geprägt, sondern auch das vorherrschende Bild über die Organisation des familialen Lebens stark beeinflusst“ (zit. Röbbel 2004, 189). Die Religion hat also indirekten Einfluss auf den Prozess der gesellschaftlichen Entwicklung und ist für die Herausbildung familialer Lebensformen ein kulturbestimmender Faktor (vgl. Röbbel 2004, 190).

Laut Röbbel findet in Österreich ein Rückgang der Religiosität statt, während in Italien sogar ein leichter Anstieg eben dieser zu verzeichnen ist. Ihrer Studie vom Jahr 1999 zufolge gaben 85,8% der befragten Italiener an, religiös zu sein, im

Nordosten des Landes 80,7% und im Süden sogar 92,1%. Diese Zahlen zeigen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine relativ hohe Religiosität (vgl. Röbbel 2004, 190ff).

6.4.5 Lebensgemeinschaften:

Italien ist im Gegensatz zu anderen Ländern ein Land, in dem immer noch das traditionelle Familienmodell überwiegend vorherrscht, das auf einer Ehe basiert, innerhalb derer Kinder gezeugt und großgezogen werden (vgl. Zanatta 2008, 28). Lebensstile wie nicht-eheliche Lebensgemeinschaften, Singles und Alleinerziehende stellen in Italien kaum eine Konkurrenz zur Ehe dar (vgl. Röbbel 2004, 324).

Doch auch in Italien steigt mittlerweile die Akzeptanz der Lebensgemeinschaften außerhalb der Ehe (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 95).

Nach offiziellen Daten der ISTAT vom Jahr 2006 beträgt die Anzahl der nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften um die 4,5%, also immer noch eine relativ geringe Zahl (vgl. Zanatta 2008, 29).

Obwohl der Großteil der jungen Paare heiratet, ohne vorher zusammengelebt zu haben, steigt nun die Anzahl derer, die sich für ein Zusammenleben als erste Art der Gemeinschaft entscheiden, rapide an. Die Lebensgemeinschaft bekommt hier den Status einer Ehe auf Probe oder einer neuen Form der Verlobung und endet in überwiegender Mehrheit tatsächlich in einer Ehe. Diese Form des Zusammenlebens gibt es nicht mehr ausschließlich in den großen Städten des Nordens, sondern breitet sich über das ganze Land aus, was auf eine große soziale Akzeptanz und eine Entwurzelung alter Brauchtümer hindeutet. Noch vor wenigen Jahren wurde diese Art des Zusammenlebens vom Großteil der jungen Italiener nicht als legitim erachtet. Nun wird sie jedoch als eine nützliche Probezeit und eine Möglichkeit, sich besser kennen zu lernen in Hinsicht auf eine eventuelle zukünftige Hochzeit, gesehen und daher immer mehr anerkannt (vgl. Zanatta 2008, 29). Trotz dieser Vorteile, war die voreheliche Lebensgemeinschaft unter jungen Erwachsenen sehr wenig verbreitet, was wahrscheinlich zu einem großen Teil der äußerst geringen Akzeptanz seitens der älteren Generation, der

Eltern und Verwandten zuzuschreiben ist. Aktuelle Umfragen ergaben jedoch, dass auch die Mehrheit der älteren Erwachsenen das Zusammenleben als normale Lebensform ansieht, ohne allerdings die Ehe als eine überholte Institution zu betrachten (vgl. Zanatta 2008, 30).

Wahrscheinlich hat die in den letzten Jahren wachsende Ungewissheit auf dem Arbeitsmarkt unter jungen Leuten zur Verbreitung der Lebensgemeinschaften beigetragen. Die Lebensgemeinschaft wird als eine Anpassungsstrategie hinsichtlich der prekären Lebenskonditionen und als eine auch unter dem ökonomischen Blickwinkel weniger verbindliche Verpflichtung gesehen, als es eine Ehe darstellt. Neuen Studien zufolge, möchten viele junge Paare, die sich bereits in einer Lebensgemeinschaft befinden, jedoch nur Gelegenheitsjobs haben, heiraten. Sie schieben die Hochzeit aber auf, bis sie eine gesicherte Arbeitsstelle gefunden haben. Die Sicherheit einer Arbeit wird tatsächlich, sowohl von den jungen Leuten, als auch deren Ursprungsfamilien, als notwendige Voraussetzung für eine Eheschließung erachtet (ebd.).

Ein weiterer Hinweis darauf, dass die Lebensgemeinschaft vorwiegend als ein Übergang in die Ehe betrachtet wird, ist, dass der überwiegende Teil der Zusammenlebenden keine Kinder hat (Vgl. Zanatta 2008, 31ff).

6.4.6 Außereheliche Geburten:

Aus der steigenden Akzeptanz und Anzahl von Lebensgemeinschaften außerhalb der Ehe resultiert auch ein Anstieg von außerehelichen Geburten (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 96).

Die Quote an nicht-ehelichen Geburten ist in Italien allerdings immer noch sehr gering. Im Jahr 1980 betrug die Anzahl nichtehelicher Kinder in Italien 4%, während sie in Österreich bereits 13% betrug (vgl. Röbbel 2004, 180).

In Italien gibt es nur sehr wenige nicht-eheliche Kinder, weil die Reproduktion fast ausschließlich innerhalb der Ehe stattfindet (vgl. Röbbel 2004, 323).

6.4.7 Ehe:

Die Ehe hat eine gesellschaftskonstituierende Bedeutung und ist eine fundamentale Institution der italienischen Gesellschaft geblieben (vgl. Röbbel 2004, 328)

In Italien stellt der Schritt in die Ehe den Einstieg in die dauerhafte Partnerschaft dar (vgl. Röbbel 2004, 327). Auch die Verfassung propagiert ein Familienmodell, das auf Ehe und Reproduktion basiert (vgl. Röbbel 2004, 364).

Was die Eheschließungsquote betrifft, liegt diese im europäischen Vergleich knapp unter dem Durchschnitt, wobei hier wiederum der Norden eine geringere Anzahl an Eheschließungen verzeichnet als der Süden. Zudem ist das Alter, in dem sich das Paar das ja-Wort gibt durchschnittlich sehr hoch (vgl. Röbbel 2004, 323). Die niedrige Rate an Eheschließungen wird in erster Linie durch das immer höher werdende Eheschließungsalter erklärt, das wiederum die Folge von längeren Ausbildungszeiten, höherer Arbeitslosigkeit, Wohnungsmangel und der steigenden Erwerbstätigkeit der Frauen ist (vgl. Röbbel 2004, 357).

Wie bereits erwähnt, hat die Bedeutung der Ehe in Italien nicht zugunsten alternativer Lebensformen verloren, sondern sogar eine Stärkung als gesellschaftliche Institution erfahren und bildet immer noch den Grundpfeiler der Familie (vgl. Röbbel 2004, 323).

Lebensstile wie nicht-eheliche Lebensgemeinschaften, Singles und Alleinerziehende stellen in Italien keine Konkurrenz zur Ehe dar. Während nicht-eheliche Lebensgemeinschaften als Vorbereitung und Übergang für die Ehe dienen, sind Einpersonenhaushalte und Haushalte mit nur einem Elternteil vor allem Witwen und Witwern vorbehalten (vgl. Röbbel 2004, 324).

Die Anzahl von nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften und Singles ist in Italien gering, die Anzahl der ‚Nesthocker‘ hingegen hoch und die Fertilitätsraten sinken. Der extreme Geburtenrückgang könnte dadurch erklärt werden, dass die Italiener erst in der Ehe Kinder wollen, die Eheschließungen jedoch wegen des höher werdenden Heiratsalters zurückgehen und damit das Alter bei der Geburt des ersten Kindes ansteigt (vgl. Röbbel 2004, 328).

Die sinkende Geburtenrate steht in ganz Europa in engem Zusammenhang mit dem steigenden Durchschnittsalter der Frau bei der Erstgeburt (vgl. Röbbel 2004, 181). Das Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes war in Italien im Vergleich zu anderen europäischen Ländern immer schon höher (vgl. Röbbel 2004, 323).

So betrug in Italien 1998 das Durchschnittsalter der Frauen bei der ersten Geburt 30 Jahre, im Vergleich dazu betrug 2000 das Durchschnittsalter der Österreicherinnen bei der Geburt ihres ersten Kindes 28,2 Jahre (vgl. Röbbel 2004, 181).

6.4.8 Scheidung:

Die Scheidung wurde in Italien erst im Jahr 1970 eingeführt und findet nur geringe Akzeptanz. Dies schlägt sich auch in einer niedrigen Scheidungsrate nieder. Auch das hat einen verzögernden Einfluss auf die Verbreitung alternativer Lebensformen (vgl. Röbbel 2004, 357).

Doch wie in anderen Ländern erhöht sich mittlerweile auch in Italien die Zahl der Ehetrennungen und liegt im Jahr 2002 laut ISTAT¹⁷ bei 26,6%, wobei etwas über die Hälfte dieser Trennungsquote tatsächlich in einer Scheidung endet. In so gut wie allen Regionen Italiens kann diese erst drei Jahre nach einer juristischen Trennung eingereicht werden (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 97).

Die steigende Scheidungsquote hat auch einen Anstieg der Zahl der Familien mit nur einem Elternteil zur Folge. Während früher das Sorgerecht überwiegend der Mutter erteilt wurde, wird es heute meist beiden Elternteilen zugesprochen (ebd.).

6.4.9 Vereinbarkeit Familie und Erwerb/ Rollenverteilung:

In den letzten zehn Jahren hat die Quote der Frauen, die erwerbstätig sind, zugenommen, besonders bei jungen Müttern, deren Kinder noch klein sind.

¹⁷ ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica (vgl. www.istat.it)

Trotzdem bleibt der Hauptgrund für den Arbeitsausstieg die Eheschließung, im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern, in denen Kinder die ausschlaggebenden Gründe dafür darstellen. Die Ursachen hierfür liegen zum einen Teil in der fortbestehenden traditionellen Rollenverteilung und auf der anderen Seite im schlechten Angebot von Betreuungseinrichtungen für Kinder, die mit den Zeiten einer mütterlichen Erwerbstätigkeit vereinbar wären (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 98).

Die Rollen- und Aufgabenverteilung innerhalb der Ehe zeigt eine hohe Diskrepanz zwischen idealer und realer Situation. Zwar spricht sich die Mehrzahl theoretisch für die Erwerbstätigkeit der Frau und für eine gleichberechtigte Aufgabenteilung im Haushalt und bei der Kindererziehung aus, doch ist die Erwerbstätigkeit und Mutterschaft in der Realität kaum vereinbar und die Aufgabenverteilung fällt trotz fortschreitender Angleichungsprozesse geschlechtsspezifischen Rollenmustern zum Opfer. Väter werden für die Betreuung der Kinder als weniger geeignet angesehen und die niedrige Anzahl von Teilzeitstellen macht eine Erwerbstätigkeit neben der Mutterschaft nur sehr schwer möglich (vgl. Röbbel 2004, 361). Doch nicht nur in Italien herrscht zu einem großen Teil noch die klassische Rollenverteilung. Viele deutsche Frauen sind selbst der Ansicht, dass Mütter sich um die Kinder kümmern sollten und Beruf und Familie nicht miteinander vereinbar wären (vgl. Röbbel 2004, 362).

Laut Studien helfen italienische Männer ihren Frauen nur sehr wenig im Haushalt oder bei der Kinder-, oder Altenbetreuung, selbst wenn die Ehefrau auch arbeitet (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 98). Dies führt zu einer äußerst ungleichen Arbeitsbelastung. Frauen arbeiten insgesamt neun bis elf Stunden mehr in der Woche als Männer und das, obwohl sie in der Regel weniger und schlechter bezahlte Arbeitsstunden und kürzere Arbeitswege haben, wie eine Studie der ISTAT aus den 1990er Jahren nachweist. Die Arbeitszeit setzt sich hierbei aus der bezahlten und der innerfamiliären Arbeitsleistung zusammen. Mittlerweile haben die erwerbstätigen Frauen ihren Arbeitsaufwand im Haushalt jedoch reduziert, während die jüngeren Männer den Kindern mehr Zeit widmen, ohne dabei ihre Arbeitszeit zu verkürzen. Es wird also nun mehr Zeit für die Betreuung der Kinder und für die Beziehung aufgewendet und weniger für den Haushalt (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 99).

6.4.10 Familienbeziehungen:

Die Familien- und Generationenbeziehungen und die Eltern-Kind-Beziehung sind in Italien von besonderer Relevanz (vgl. Röbbel 2004, 325).

Empirische Daten bestätigen, dass in Italien eine größere praktische Verwobenheit zwischen den Generationen und eine größere Haltbarkeit und Intensität der Familienbeziehungen im Vergleich zu anderen Ländern herrscht (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 93).

Eine besondere Bedeutung kommt der Eltern-Kind-Beziehung zu, die immer noch in beiden Richtungen einen sicheren Stützpunkt darstellt. Die Eltern opfern sich meist bedingungslos für ihre Kinder auf. Doch auch die Kinder unterstützen ihre Eltern, wenn diese altern, und kümmern sich um sie. In Alters- oder Pflegeheimen leben nur wenige alte Menschen. Die intrafamiliäre Solidarität wird großgeschrieben (vgl. Röbbel 2004, 358).

„Die Verwandtschafts- und vor allem die Eltern-Kind-Beziehungen bleiben auch dann von großer affektiver und sozialer Bedeutung, wenn letztere erwachsen sind und über eine eigene Familie verfügen. Darüber hinaus bilden sie aber auch ein wichtiges Unterstützungsnetz“ (zit. Saraceno in Zibaldone 2009, 99).

Die familienpolitischen Leistungen in Italien bestehen vor allem in finanziellen Unterstützungsmaßnahmen beziehungsweise Entschädigungsleistungen, aber es fehlt an formellen Einrichtungen wie beispielsweise der Versorgung alter Menschen und Kinder, die die Entlastung familiärer Aufgaben fördern (vgl. Röbbel 2004, 359).

Auch was die Wohnungssituation in Italien betrifft, sind die jungen Italiener oft auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen, da die überwiegende Zahl der Italiener in eigenen Immobilien wohnt und die Eltern ihnen häufig die Anschaffung eines Eigentums, durch das Aufnehmen von Krediten oder Bürgschaften, ermöglichen. Die ältere Generation befindet sich also meist im Besitz von Eigentum, das weitervererbt wird (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 99ff).

Fragebogenuntersuchungen von Röbbel ergaben zusammenfassend folgende Ergebnisse:

Bei der Frage nach einem persönlichen Wertesystem einiger Lebensbereiche gaben 1990 86,9% und 1999 90% der Befragten an, dass die Familie „sehr wichtig“ sei. Die Antwortmöglichkeiten bestanden aus: sehr wichtig, eher wichtig, nicht sehr wichtig, gar nicht wichtig. Den anderen Bereichen wurden 1999 folgende Prozentzahlen an positiven Antworten zugesprochen: Arbeit 61,7%, Freunde 35,6%, Religion 33%, Freizeit 29,4% und Politik 8% (vgl. Röbbel 2004, 168).

Die Großeltern stellen in Italien eine sehr wichtige Instanz in der Kinderbetreuung dar. Besonders wenn das Kind krank ist, in den Schulferien und in den Zeiträumen, in denen die Kinderbetreuungszeiten der Einrichtungen nicht mit den Arbeitszeiten der Mutter übereinstimmen. Laut Studien der ISTAT steigt die Menge der Großeltern, die sich um ihre Enkel kümmern, weiter an. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die italienischen Großeltern stärker am Erziehungsprozess ihrer Enkel beteiligt sind, als anderswo (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 100).

Innerhalb der engsten Verwandtschaftsbeziehungen besteht ein enger Familienzusammenhalt, der von sehr vielen gemeinsamen Aktivitäten, Austausch und gegenseitiger Hilfe geprägt ist. Dies wird auch untereinander erwartet und durch eine räumliche Nähe erleichtert. Die meisten Paare leben nur etwa einen Kilometer vom Elternhaus zumindest eines Partners entfernt. Dadurch kann entsprechende Hilfe in verschiedenen Schlüsselphasen der erwachsenen Kinder und deren Eltern geleistet werden, etwa bei der Familiengründung oder wenn die Eltern gebrechlich werden (ebd.). Die familiäre Arbeit wird aus Mangel an Betreuungseinrichtungen weiterhin intensiviert. Dadurch hat die Familie in Italien eine besondere Stellung und Kraft. Saraceno schreibt: „Mehr als in anderen Ländern ist es in Italien notwendig, eine ‚richtige Familie‘ zu besitzen, um den eigenen Bedürfnissen adäquat begegnen zu können“ (zit. Saraceno in Zibaldone 2009, 105).

6.4.11 Stellenwert des Kindes in der Familie:

Kindern wird innerhalb der Familie eine zentrale Bedeutung beigemessen und sie stehen in einem engen Verhältnis zur Paarbeziehung. Die zur gleichen Zeit stattfindende Kind- und Paarzentrierung weist auf eine immer stärkere Angleichung der Generationenbeziehungen hin (vgl. Röbbel 2004, 324).

Obwohl das Land von einem extremen Geburtenrückgang geprägt ist, nimmt das Interesse der Italiener den Kindern gegenüber nicht ab. Im Gegenteil, der Wert des Kindes und die kulturelle Empathie für die Kinder steigt zunehmend (vgl. Feigl 2000, 111).

Auch der Stellenwert der Kinder innerhalb der Familie ist, wie zuvor erwähnt, extrem hoch. In einer Studie von Eurisko (1992) antworteten 91% der Befragten, dass die Kinder ihr Glück und die Entwicklung ihrer Persönlichkeit äußerst positiv beeinflusst und gefördert haben, 83% berichteten, dass sich die Beziehung der Eltern durch die Kinder verbessert hat. Insgesamt könnte man also sagen, dass Italiener heute zwar weniger Kinder haben, die familiären Beziehungen aber sehr gut sind (vgl. Feigl 2000, 112ff).

Der Stellenwert des Kindes in der Familie wird auch mit der Frage nach der idealen Kinderzahl ermittelt. Die tatsächlich realisierte Kinderzahl kann dann mit der Idealkinderzahl in Bezug gesetzt werden (vgl. Röbbel 2004, 183).

In den meisten Ländern zeigt sich eine Abnahme der Idealkinderzahl (vgl. Röbbel 2004, 184). Die ideale Kinderanzahl ist in allen Ländern deutlich höher als die reale. Die ideale Kinderanzahl steht im Zusammenhang mit dem Grad der Religiosität, das heißt, dass religiöse Menschen einen höheren Kinderwunsch haben als nicht-religiöse (vgl. Röbbel 2004, 185).

Die Frage, ob eine Frau Kinder braucht, um ein erfülltes Leben zu haben, verneinten 1981 die Befragten in den meisten europäischen Ländern. In Italien antworteten auf diese Frage in jenem Jahr 52,5% mit ja, im Jahr 1990 sogar 64,4%. In den darauffolgenden Jahren nahm die Anzahl der befürwortenden Antworten allgemein wieder ab, so auch in Italien, wo die Quote 1999 aber immer noch bei 56,4% liegt (vgl. Röbbel 2004, 186).

1999 wurde schließlich auch die Bedeutung von Kindern im Leben der Männer ermittelt. Die Feststellung, dass ein Mann Kinder haben muss, um erfüllt zu sein, konnte mit ‚starke Zustimmung‘, ‚Zustimmung‘, ‚weder Zustimmung noch Ablehnung‘, ‚Ablehnung‘ oder ‚starke Ablehnung‘ beantwortet werden. In allen Ländern außer Finnland erntete diese Feststellung entweder eine gleichgültige oder ablehnende Haltung. Auch in Italien teilten knapp unter der Hälfte der Befragten diese Meinung (vgl. Röbbel 2004, 187).

Die Mehrzahl der Italiener lehnt Abtreibung generell ab. Allerdings muss man extrem vorsichtig mit einer Verbindung dieser Tatsache zur Bedeutung von Kindern im Leben umgehen, da vor allem die Religion eine sehr große Rolle in diesem Zusammenhang spielt (vgl. Röbbel 2004, 188ff).

Die als ideal empfundene Anzahl von Kindern ist im Verhältnis zu den anderen europäischen Ländern zwar niedrig, doch diese wird auch als den Lebensumständen angemessene Kinderanzahl verstanden (vgl. Röbbel 2004, 193).

Die Fertilitätsabnahme kommt wahrscheinlich gerade durch die im europäischen Vergleich große Bedeutung, die Italiener Kindern beimessen, zustande. Die steigende Arbeitslosigkeit hat erschwerenden Einfluss auf das Familienleben und zwingt die Menschen zur Überlegung, eventuell weniger oder gar keine Kinder zu bekommen, wenn sie ein ‚gutes Leben‘ führen wollen (vgl. Röbbel 2004, 194).

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist die zunehmende Verstädterung und die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen. Besonders die mangelnde Vereinbarkeit von Mutterschaft und Erwerbstätigkeit führt zu geringeren Geburtsraten. Je weniger Maßnahmen und Infrastruktur für das Vereinen von Mutterschaft und Erwerb es gibt, desto niedriger ist die Geburtenrate. Weitere entscheidende Ursachen für die rückläufigen Fertilitätsraten stellen die lange ökonomische Belastung, die Eltern durch ihre Kinder erleiden, und die lange Zeit, in der Kinder zu Hause wohnen, dar (ebd.).

Vor allem scheint die erhebliche Abhängigkeit von der Familiensolidarität dazu zu führen, dass die jungen Italiener sich in ihrer Reproduktion zurückhalten (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 95).

6.4.12 Einzelkind:

Eine große Veränderung in Italien besteht in der Entscheidung der jüngeren Generationen zum Einzelkind (vgl. Feigl 2000, 111).

Die immer geringer werdende Kinderzahl hat zur Folge, dass Kinder innerhalb der Familie immer weniger sozialen Kontakt zu Gleichaltrigen haben, als dies früher in Großfamilien der Fall war. Das bedeutet, dass die sogenannte horizontale Kommunikation zwischen Altersgenossen innerhalb der Familie immer weniger stattfinden kann, da großteils entweder nur ein oder gar kein Geschwisterkind oder immer weniger Cousins und Cousinen vorhanden sind. Diese horizontale Kommunikation wird immer mehr durch eine vertikale Kommunikation mit Eltern, Onkeln, Tanten und vor allem Großeltern, Großtanten, Großonkeln und Urgroßeltern abgelöst (vgl. Feigl 2000, 113).

Diese auf den ersten Blick sehr negative Veränderung kann jedoch bei näherer Betrachtung entschärft werden. Es zeigt sich nämlich, dass vor allem die Eltern von Einzelkindern besonders darauf achten, außerhalb der Familie ein größeres Beziehungsnetz mit Altersgenossen des eigenen Kindes aufzubauen. Sie schicken ihre Kinder vermehrt in Kinderkrippen und Kindergärten, außerschulische Kurse, treffen öfter Freunde und unternehmen mehr Freizeitaktivitäten mit Gleichaltrigen (ebd.).

Das Modell des Einzelkindes breitet sich also auch in Italien immer mehr aus, was mit dem verlängerten Zuhause wohnen der Kinder und der gesetzlichen Lage zu tun hat. Diese besagt, dass die Eltern fast bedingungslos dazu verpflichtet sind, ihre Kinder lebenslang zu versorgen. ‚Nesthocker‘ sind zu einem Charakteristikum der italienischen Gesellschaft geworden (vgl. Röbbel 2004, 358).

6.4.13 Nesthocker:

Ein besonderes Phänomen Italiens stellen die sogenannten ‚Nesthocker‘ dar, die vor allem bei der Gruppe der 25-29 jährigen Männer weit verbreitet sind. Dieses

Merkmal ist im Süden vorrangig eine Folge der steigenden Arbeitslosigkeit, im Norden jedoch meist eine bewusste Entscheidung für die Verlängerung der Jugendzeit und ist mittlerweile ein kulturelles Modell geworden (vgl. Röbbel 2004, 324).

Es gibt mehrere Gründe, warum die jungen Italiener immer später ihre Ursprungsfamilie verlassen. Zum Teil sind diese ökonomischer und institutioneller Natur, also eine verlängerte Studienzeit, die Schwierigkeit, Arbeit und eine preislich erschwingliche Wohnung zu finden und in den letzten Jahren, die Verbreitung von befristeten Arbeitsverträgen und eine geringe Kaufkraft durch niedrige Gehälter, sowie eine mangelnde Unterstützung des Staates (vgl. Zanatta 2008, 108ff).

Zum anderen Teil sind die Gründe kultureller Natur, die sich in einer Tendenz von Seiten der Jungen, Verantwortung aufzuschieben, zusammenfassen lässt. Diese Tendenz resultiert zu einem hohen Maß aus der Veränderung der Erziehungsstile der Eltern. Diese gestatten den Kindern größte Freiheiten, wie die Orientierung der Jungen in der Gegenwart zu leben, ohne klar definierte Ziele oder Projekte für die Zukunft. Die Unberechenbarkeit der Berufsaussichten in der heutigen Gesellschaft hat jedoch auch Einfluss darauf (vgl. Zanatta 2008, 109).

Dieses Phänomen gibt es zwar überall, aber laut Expertenmeinungen ist es in Italien von größter Relevanz. Nicht zuletzt wegen der besonderen Wichtigkeit der Familie, sowohl auf kultureller und affektiver Ebene, als auch auf sozioökonomischer Ebene, und wegen ihrer fürsorglichen und schützenden Rolle, die den Kindern von klein auf zugutekommt (ebd.).

Studien weisen darauf hin, dass der späte Auszug aus dem Elternhaus, früher eher als Resultat einer Wahl und nicht als eine Notwendigkeit gesehen werden kann. Das scheint sich nun langsam zu ändern. So gaben 1998 ungefähr die Hälfte der jungen Italiener zwischen 18 und 34 Jahren, die noch zu Hause lebten an, dass es ihnen auf diese Weise gut ginge, sie ihre Freiheit genießen und sie diese Situation als normal ansehen. Fünf Jahre später jedoch gaben viele der Jungen ökonomische Gründe für das Verweilen in der Ursprungsfamilie an (ebd.).

Das Hauptmotiv für den Auszug aus der Ursprungsfamilie ist in Italien die Heirat und der damit verbundene Kinderwunsch. Daher haben besonders junge Männer keine Erfahrungen mit einem eigenständigen Leben - weder alleine, noch in einer Partnerschaft - und entscheiden sich erst in einem fortgeschrittenen Alter für die Ehe. So leben etwa 67% der Männer im Alter von 18 bis 34 Jahren noch zu Hause. Das hängt zwar einerseits mit dem ‚mammismo‘, einer starken Mutterbindung, zusammen, aber vor allem auch mit einer schwierigen ökonomischen Situation. Das italienische System der sozialen Absicherung geht sehr sparsam mit neu in das Berufsleben Einsteigenden um. Das bedeutet, dass es für junge Italiener schwierig ist, einen Arbeitsplatz zu finden. Zudem ist die Wohnungssuche schwierig, da am Wohnungsmarkt das Eigentum vorherrscht und Mietwohnungen daher rar sind. Sie sind also von familiärer Unterstützung abhängig (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 94). All diese Gründe in Verbindung mit den Schwierigkeiten die sich für Frauen ergeben, wenn diese Familie und Erwerb verbinden möchten, könnten wiederum die niedrige Geburtenrate erklären (vgl. Saraceno in Zibaldone 2009, 95).

6.4.14 ‚La mamma‘:

Im Leben eines prototypischen italienischen Mannes ist nichts wichtiger als die Mutter. Sie ist selbst bei erwachsenen Italienern allgegenwärtig und das ein Leben lang. Die Ehefrau versucht meist alles, um ihr gerecht zu werden, doch die mamma bleibt immer die Nummer eins. Das Bild der italienischen mamma ist in Literatur und Film weit verbreitet und stellt mittlerweile Mythos und Klischee dar. Doch der Mythos scheint zu leben. Obwohl die Säkularisierung, Industrialisierung, Frauenbewegungen und ähnliches Italien einem starken Wandel unterzogen, blieb die mamma bestehen (vgl. Dörfler, Die Presse 8. Mai 2011, 38).

Stefano Benni stellt im Buch „bianco, rosso, verde -l'identità degli italiani“ von Giorgio Calcagno die Veränderung der mamma folgendermaßen dar:

Bis in die Nachkriegszeit, verstand man unter der italienischen *mamma*, eine multitaskingfähige Person, die für die primären Bedürfnisse einer Familie, die bis zu 25 Personen beiderlei Geschlechts umfassen konnte, da war (vgl. Benni in Calcagno 2005, 143).

Von den vielen Attributen, die das Wort *mamma* begleiten, wie beispielsweise Güte, Fleiß und Großzügigkeit, sticht besonders eine hervor, sie ist einzigartig. Diese Einzigartigkeit unterscheidet sie von Großmüttern, Tanten und Cousinen, die die gleichen Attribute haben können. Von der *mamma* gibt es nur eine. Die italienische *mamma* ist nicht nur genetisch die einzige, sondern auch diejenige, die für alle Bedürfnisse sorgt: die Kekse der *mamma*, die Suppe der *mamma*, der gehäkelte Pullover der *mamma*, die Ratschläge der *mamma* – alles trägt das Zeichen einer überragenden und nicht zu diskutierenden Qualität (Kinder eingeschlossen) gegenüber den Produkten der Konkurrenz (Mütter eingeschlossen) (ebd.).

Doch auch die perfekte *mamma*, die von Dichtern und Musikern viel besungen wurde und durch Jahrhunderte die italienische Szene dominierte, unterliegt einem Wandel. Nach und nach wurde laut Benni aus der *mamma* die *Mamma* (großgeschrieben), eine bedrohlichere Form der (kleingeschriebenen) *mamma*. Darüber, wie es dazu kam, gibt es mehrere Theorien (vgl. Benni in Calcagno 2005, 144).

Die Theorie von Peneto besagt, dass die Figur der *mamma* nie zur Gänze geliebt, sondern vor allem gefürchtet wurde (ebd.).

Viel radikaler stellt sich die wirtschaftliche Theorie von Freon dar, die besagt, dass die multitasking-Funktionen der Mutter in den 50er Jahren durch Waschmaschine, Kühlschrank, Supermarkt und Tiefkühlprodukte ersetzt wurden. Zu guter Letzt ersetzt auch noch der Fernseher die Mutter als Erzählerin. Das Fast Food und das Motorino führen, dieser Theorie zufolge, zu einer Trennung der Nabelschnur (vgl. Benni in Calcagno 2005, 144ff).

Eine neuere Studie besagt jedoch, dass die Zeichen heute mehr auf einen Triumph der *mamma* hinweisen, als auf deren Untergang. Die heutige Mutter besitzt die instinktive Qualität einer Nachkriegsmutter, ihre guten Kinder vor den bösen, wilden Kindern der anderen zu beschützen. Die Macht der Mutter übertrifft sogar die der Vergangenheit, und ihre Autorität scheint sogar die des Vaters zu

überflügeln. Doch die wichtigste Eigenschaft der Mutter ist die des Verzeihens (vgl. Benni in Calcagno 2005, 146).

7 Resümee, persönliche Stellungnahme und Diskussion:

Ich werde nun versuchen, die bisher beschriebenen Fakten für Österreich und Italien miteinander in Relation zu setzen und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Dabei werde ich auch persönlich Stellung beziehen und mögliche Schlüsse hinsichtlich meiner Hypothesen ziehen. Zudem werde ich Vorschläge unterbreiten, die die Situation von ADHS-Kindern und deren Familien und in weiterem Sinne der Pädagogen verbessern könnten.

Vorweg möchte ich erklären, warum es kein eigenes Kapitel zum Thema ADHS in Österreich gibt. Nachdem ich in der Literaturrecherche vergebens nach Zahlen, Daten und Fakten über ADHS in Österreich, wie beispielsweise Zahl der jährlichen Diagnosestellungen, Zahl der Kinder, die mit Psychostimulanzien behandelt werden und andere Interventionsarten, Therapieangebote in Österreich, Zahlungen der Krankenkassen, Wartezeiten auf nicht-medikamentöse Interventionen und ähnliches, gesucht habe, habe ich mich mit einigen Kinder- und Jugendpsychiatern, die häufig ADHS-Diagnosen stellen, und dem Verein ADAPT in Verbindung gesetzt. Mir wurde jedoch von mehreren Seiten mitgeteilt, dass keine solchen speziellen Daten für Österreich existieren. Ein Kinder- und Jugendpsychiater, der sehr viel mit ADHS-Kindern arbeitet und in diesem Bereich auch versiert ist, teilte mir mit, dass er seine Informationen und Daten ausschließlich an seine eigenen Diplomanden weitergibt.

Da sich jedoch auch die in Österreich erschienenen Artikel und Bücher über ADHS auf internationale und deutsche Literatur beziehen, werden auch von mir die Fakten, die in den Kapiteln 2 und 3 beschrieben werden, für Österreich herangezogen.

Es wäre jedoch dringend erforderlich, endlich genauere Untersuchungen zu diesem Thema und Befragungen einzelner österreichischer Experten durchzuführen.

Laut der von Dieplinger befragten österreichischen Experten haben viele Familien einen langen Leidensweg hinter sich, bis die ADHS-Diagnose gestellt wird, was sich wiederum negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt.

Vielleicht ist der Weg bis zur Diagnosestellung in Italien weniger lang, weil es zum einen eine engere Zusammenarbeit zwischen Pädagogen, Eltern und Fachleuten gibt und zum anderen die Aufklärung über ADHS in Italien besser funktioniert. Das Gesundheitsministerium und eine Reihe von Vereinen und Behörden, stellen offizielle Informationen, Leitlinien für Eltern und Pädagogen sowie Erklärungen zur Verfügung, die jedem zugänglich sind. Sowohl im Internet, als auch im Fernsehen. Dadurch sind auch weniger Falschmeldungen im Umlauf. Durch eine bessere gesellschaftliche Aufklärung über die Charakteristiken der Störung, werden vielleicht auch von Seiten der Eltern früher Maßnahmen ergriffen und das Kind früher einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt, weil weniger Angst vor Stigmatisierung herrscht.

Je früher eine Beratung der Eltern erfolgt und pädagogische Maßnahmen in Kindergarten und Schule ergriffen werden, desto positiver sind die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung und den Ausprägungsgrad der Symptome.

Laut Brandau weisen Temperamentforscher darauf hin, dass es sich bei ADHS oder zumindest bei vielen Fällen, in denen ADHS diagnostiziert wird, lediglich um eine intensivere Ausprägung von Temperamentfaktoren handeln könnte, beziehungsweise das Temperament vieler Kinder, die eine solche Diagnose gestellt bekommen, einfach schlecht zu ihrer Umwelt passt.

Meiner Meinung nach sprechen die vielen neurobiologischen Ursachen, die ADHS zugrunde liegen dagegen, dass es sich dabei einzig und allein um eine besonders starke Temperamentsausprägung handelt. Ich glaube eher, dass das Temperament, das in der Gesellschaft eines Landes vorherrscht, einen wesentlichen Einflussfaktor auf die jeweilige Prävalenz von ADHS darstellt.

Interkulturelle Studien bestätigen, dass die Toleranz gegenüber den ADHS-typischen Verhaltensweisen, vom jeweiligen Land abhängt. Setzt man den Hinweis Brandaus, dass italienische Kinder aufgrund ihrer motorischen Aktivität und Lautstärke in Japan schneller auffallen würden, als selbstkontrollierte japanische Kinder in Italien, in Relation mit der Aussage Ringels, dass die Italiener beunruhigt sind, wenn ein Kind nicht ausgelassen und laut ist, während diese Verhaltensweisen in Österreich als ‚unerzogen‘ gelten, könnte das zu einem weiteren Teil die niedrigere Prävalenz von ADHS in Italien erklären. Das südländische Temperament der Italiener würde somit eine höhere

Toleranzgrenze für den Ausprägungsgrad der ADHS-Symptomatik aufweisen, als das in Österreich der Fall ist. Dadurch könnten leichtere Formen von ADHS in Italien nicht einmal auffallen und es käme dadurch auch zu keiner Diagnose, was sich in der wesentlich geringeren Prävalenz von unter 2%, beziehungsweise 1% ausdrücken würde.

Dies würde auch meine eigenen Erfahrungen bestätigen, die ich während zahlreicher Urlaube in Italien und während meines Auslandsstudienaufenthalts in Florenz gemacht habe. Für mich war sehr auffallend, wie unterschiedlich die gesellschaftlichen Reaktionen auf Kinder in alltäglichen Situationen in Österreich und Italien oft ausfallen. Steigt beispielsweise eine Gruppe von Kindern oder eine Mutter mit Kind in den Bus zu, scheinen sich die anderen Fahrgäste in Italien regelrecht darüber zu freuen, die Kinder werden begrüßt und getätschelt, mit ihnen kommuniziert und mit den Worten ‚che bello‘ und ‚brava‘ Ausdrücke der Freude und des Lobes geäußert. In Österreich hingegen, und in Wien im Speziellen, beobachte ich meist die Tendenz, dass sich die Gesichter der anderen Fahrgäste in einer solchen Situation eher verziehen - aus Angst, dass die Kinder laut sein könnten, oder weil die Ruhe tatsächlich gestört ist.

Auch die erwachsenen Italiener sind laut, temperamentvoll, impulsiv, gestikulieren wild und es herrscht ein gewisses Chaos. Einige ADHS-typische Verhaltensweisen könnten daher in Italien als weniger problematisch aufgefasst werden, als in Österreich.

Barkley sieht das Kernproblem von ADHS in der beeinträchtigten Verhaltenshemmung, was besonders impulsives Verhalten zur Folge hat. Südländer gelten als aufbrausender und impulsiver. Auch das spräche für einen Unterschied zwischen Österreich und Italien. Was in Italien als ‚normal‘ gilt, wird in Österreich bereits als ‚störend‘ empfunden.

Weitere Einflussfaktoren auf die Prävalenz von ADHS in einem Land, könnten die Familie, der Stellenwert des Kindes in der Gesellschaft, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die familiäre Arbeitsteilung darstellen.

Psychosoziale Faktoren spielen zwar keine ursächliche Rolle bei der Entstehung von ADHS, wohl aber beim Ausprägungsgrad der Symptome, dem Verlauf von ADHS und bei der Entstehung sekundärer Begleitstörungen. Den von Dieplinger befragten Experten zufolge, stellen die Familie und die Erziehung die

wesentlichsten Einflussfaktoren für den Ausprägungsgrad und Verlauf von ADHS dar. Zudem kann laut Prekop und Schweitzer (1993), zwischen einer angeborenen und einer angelernten Hyperaktivität unterschieden werden. Durch eine zu nachgiebige Erziehung und zu wenig Strukturierung wird diese ausgebildet. Aus diesen Gründen habe ich mich in meiner Arbeit dem Thema Familie besonders ausführlich gewidmet. Durch den historischen Rückblick auf die Erziehung und die vorherrschenden Familienmodelle sollen die Relevanz und die Auswirkungen auf ADHS verdeutlicht werden.

Wenn also das Erziehungsverhalten den Ausprägungsgrad der ADHS-Symptome beeinflusst, könnte eine Elternberatung, die vor der Entfaltung der Symptome stattfindet, von Vorteil sein. In Österreich gibt es den Mutter-Kind-Pass, der einige Untersuchungen und Interventionen im gesundheitlichen Bereich vorsieht. Möglicherweise könnten Eltern schon im Zuge dessen auf mögliche Strategien hingewiesen werden, die den Umgang mit ADHS-Kindern erleichtern, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt noch keine Diagnose möglich ist. Die erzieherischen Strategien können immerhin ebenso bei Kindern ohne ADHS eingesetzt werden. Es würde sich um eine Erziehungsberatung von einigen Stunden bei einem Experten handeln, die den Eltern pädagogische Tipps zur Unterstützung geben. Im Zuge meiner Ausbildung habe ich immer wieder gelernt, dass ein Kind kaum einen Unterschied zwischen positiver und negativer Aufmerksamkeit macht. Negative Aufmerksamkeit ist besser als gar keine. Das Kind wird daher quasi auch für unerwünschtes Verhalten durch Aufmerksamkeit belohnt. Wenn das ADHS-Kind jedoch nach mehrmaliger Aufforderung endlich das gewünschte Verhalten zeigt, wird dieses meist nicht mehr belohnt und gelobt, sondern es wird als selbstverständlich angesehen. Dieses Verhalten verstärkt den Teufelskreis. Zudem geben Eltern oft nach, wenn das Kind lange genug quengelt. Das Kind lernt jedoch daraus, dass es nur Durchhaltevermögen beweisen muss, um seinen Willen durchzusetzen. In der heutigen schnelllebigen Zeit, wo Eltern oft unter einem gewaltigen Stress stehen, eine Kindzentrierung in der Erziehung gefordert wird, während sie wenig Zeit für ihre Kinder aufbringen können, ist eine konsequente Erziehung wahrscheinlich noch schwieriger umzusetzen und solche Verhaltensweisen häufiger.

Negativ aufgefallen ist mir, dass relativ viele italienische Mütter und manchmal auch Väter die Hand gegen ihr unfolgsames Kind erheben und manchmal eine Ohrfeige geben. Diese Erziehungsmethoden sind hierzulande längst tabu.

Hays weist darauf hin, dass die Ansichten über die Kindheit, Erziehung und Mutterschaft von der jeweiligen Kultur abhängig sind. Dies wird auch deutlich, wenn man die Kindererziehung historisch betrachtet.

Sowohl in Österreich als auch in Italien gewinnt die Familie wieder an Bedeutung. In Italien ist die gesellschaftliche Relevanz der Familie jedoch besonders stark ausgeprägt, nicht zuletzt deshalb, weil diese gewisse Lücken des Staates auszufüllen hat. Die Religiosität und das hohe Traditionsbewusstsein der Italiener spielt unter anderem dabei auch eine Rolle.

Ein großer Unterschied, der in meinen Ausführungen deutlich wird, liegt darin, dass in Italien immer noch die Ehe der Hauptgrund dafür ist, das Elternhaus zu verlassen und (für Frauen) aus dem Beruf auszusteigen. Die Akzeptanz von vorehelichen Lebensgemeinschaften war in Italien bis vor wenigen Jahren, auch unter den Jungen, äußerst gering und wird erst jetzt zusehends als ‚Ehe auf Probe‘ immer mehr anerkannt. Wobei dazu zu sagen ist, dass auch diese überwiegend in einer Eheschließung endet. In diesem Punkt wird die ‚Verspätung‘ des Landes deutlich.

Im Gegensatz dazu, sind außereheliche Lebensgemeinschaften in Österreich seit vielen Jahren gesellschaftlich voll akzeptiert und werden längst nicht mehr als Probeehe angesehen. Der ‚Lebensabschnittspartner‘ gewinnt immer mehr an Bedeutung und Akzeptanz.

Die Elternschaft erfordert jedoch an sich schon eine starke Bindung und stabile Verhältnisse. Für Kinder mit ADHS sind diese Faktoren besonders wichtig. Daher haben diese gesellschaftlichen Entwicklungen wahrscheinlich einen weiteren negativen Einfluss auf ADHS.

Es wird sich wahrscheinlich in einigen Jahren zeigen, welche Auswirkungen es hat, wenn Italien seine ‚Verspätung‘ aufgeholt hat.

Die Frau ist in der heutigen Gesellschaft durch die Rolle der Ehefrau und Mutter und der Erwerbstätigen einer Doppelbelastung ausgesetzt. Viele berufstätige Mütter fühlen sich überfordert und sind unzufrieden. Kinder mit ADHS sind besonders fordernd, was eine zusätzliche Belastung darstellt.

Was die Rollenbilder und die familiäre Arbeitsteilung betrifft, sind sich Österreich und Italien relativ ähnlich. In beiden Ländern ist die Mutter zum überwiegenden Teil für den Haushalt und die Kinder verantwortlich. Es herrscht also nach wie vor eine traditionelle Rollenverteilung. In Italien wird das auch daran ersichtlich, dass die Eheschließung für die Frau den Hauptgrund für den Ausstieg aus dem Berufsleben darstellt. In Österreich ist die Familiengründung der Hauptgrund dafür.

Mir ist aufgefallen, dass in der österreichischen Literatur im Zusammenhang mit der Familie die Überforderung, Unzufriedenheit, enorme Belastung der Mutter und Doppelbelastung der Frau unterstrichen wird. Die Untersuchungen weisen auf die geringe subjektive Lebensqualität von Müttern und die negativen Auswirkungen von eigenen Kindern auf die sozialen Beziehungen und die Psyche der Mutter hin. Durch die traditionelle Rollenverteilung haben Mütter wesentlich weniger Freizeit als Väter und auch die Partnerschaft gerät meist, nach einer kurzen Phase der Euphorie über die Geburt des ersten Kindes, in die Krise. Die Kinder sind heutzutage Luxusgüter und haben den Status von Heiligen erreicht, was die Erziehung anstrengender denn je macht, da diese kindzentriert ist und gesellschaftlich die Ideologie der intensiven Bemutterung herrscht. Das Muttersein ist ein fast 24-Stunden Job, der nicht entlohnt wird und kaum Anerkennung findet. Zudem stellen Kinder eine hohe finanzielle Belastung dar. Zwar scheint der Wunsch nach Kindern grundsätzlich bei vielen Österreichern vorhanden zu sein, vor allem, weil diese einen emotionalen Ausgleich in einer hektischen Welt schaffen sollen, und einen Rückzug ins Private ermöglichen. Diese Ansprüche scheinen aber bei der Realisierung der Familiengründung verloren zu gehen beziehungsweise enttäuscht zu werden.

Diese Ausführungen wirken auf mich äußerst ernüchternd und ich habe den Eindruck, dass mir von den Autoren eher davon abgeraten wird, eine eigene Familie zu gründen. Die Familie scheint in Österreich keinen wirklichen Stabilitätsfaktor darzustellen. Großfamilien sind selten und hauptsächlich auf dem Lande anzutreffen. Die Großeltern scheinen nicht in den Erziehungsprozess einbezogen zu sein, sondern stellen eher eine verwöhnende Instanz dar, die ab und zu aufpasst oder besucht wird.

Italien ist ein sehr traditionsbewusstes Land, die Ehe ist immer noch, wie bereits erwähnt, vorherrschend, die Scheidungsrate sehr gering. Der Stellenwert der Familie und des Kindes ist besonders hoch, wie auch die Relevanz der Eltern-Kind-Beziehung und der Familien- und Generationsbeziehungen. Eltern und Kinder stützen einander gegenseitig über die Kindheit hinaus, was wiederum auch mit den staatlichen Versorgungslücken zusammenhängt. Die Großeltern sind maßgeblich am Erziehungsprozess ihrer Enkelkinder beteiligt und sind in diesen eingebunden. Es gibt viele gemeinsame Aktivitäten mit den engeren Verwandten. Die Beziehungen weisen eine hohe Stabilität auf und es herrscht ein starker familiärer Zusammenhalt. Bei diversen Befragungen geben die Italiener an, dass das Kind das eigene Leben bereichert, für das persönliche Wachstum und Glück wichtig ist und sogar die Paarbeziehung der Eltern stärkt und verbessert. Der Wert des Kindes und die kulturelle Empathie Kindern gegenüber ist sehr hoch und steigt weiterhin.

Betrachtet man also diese fast durchwegs positiven Meldungen in Bezug auf Kinder, wird auch ein gewisser Unterschied zu Österreich erkennbar. Die hohe Stabilität wirkt sich höchstwahrscheinlich auch positiv und haltgebend auf Kinder mit ADHS aus.

Der höhere Stellenwert des Kindes in der Gesellschaft und die starken Generationsverflechtungen in Italien, könnten eine durchwegs positivere Einstellung Kindern gegenüber zur Folge haben. Dadurch werden vielleicht auch verstärkt die positiven Seiten, die eine Elternschaft und vor allem Mutterschaft mit sich bringt, gesehen und nicht, wie in Österreich fast ausschließlich die negativen. Mütter sind dadurch weniger frustriert und fühlen sich, aufgrund des starken familiären Zusammenhaltes weniger mit ihren Problemen alleine gelassen. Das Kind erlebt dadurch ebenfalls mehr Stabilität und familiären Rückhalt, was, wie gesagt, besonders auf Kinder mit ADHS positive Auswirkungen hat.

So kann beispielsweise durch eine gute Einbettung des ADHS-Kindes im sozialen Umfeld die Gabe von Psychostimulanzien oft länger hinausgezögert werden.

Der österreichische Staat unterstützt Familien besonders, indem er Einrichtungen wie Kinderkrippen, Kindergärten, aber auch Pensionisten- und Pflegeheime zur

Verfügung stellt und sich darum kümmert, dass die Betreuungszeiten mit den Arbeitszeiten berufstätiger Mütter vereinbar sind. Das ist in Italien nicht der Fall und muss daher durch die Familie ausgeglichen werden. Allerdings ist es dadurch auch für viele Mütter nicht möglich, erwerbstätig zu sein. Diese Form der Unterstützung des österreichischen Staates ist meiner Meinung nach sehr wichtig. Eine negative Auswirkung könnte jedoch sein, dass es dadurch zu einer größeren Individualisierung und stärkeren Polarisierung zwischen Jung und Alt kommt, da diese nicht so stark voneinander abhängig sind. Der Familienzusammenhalt und der Stellenwert der Familie könnte dadurch wiederum geschwächt werden.

Ältere Studien weisen vor allem darauf hin, dass eine medikamentöse Behandlung bei ADHS anderen Interventionen überlegen ist. Neuere Studien und die bisherigen Ergebnisse von Langzeitstudien widerlegen jedoch dieses Ergebnis. So zeigt sich in der MTA-Studie, dass alle Therapiemodalitäten zu annähernd gleichen Ergebnissen kommen. Bei einer Behandlung mit Psychostimulanzien kommt es häufig zu einer Wachstumsminde rung, was regelmäßige Kontrollen notwendig macht. Man hat angenommen, dass es sich hierbei um ein initiales Behandlungsproblem handelt, das sich innerhalb von einem bis zwei Jahren von selbst gibt. Die MTA-Studie widerlegt jedoch auch diese Annahme. Auch die ursprünglich erwarteten positiven Auswirkungen einer medikamentösen Therapie in der frühen Adoleszenz auf delinquentes Verhalten und Substanzmissbrauch haben sich nicht bestätigt.

Es zeigt sich, dass auch andere Interventionen günstige Verläufe bei ADHS erzielen und die medikamentöse Therapie unbedingt im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes erfolgen und schweren Fällen von ADHS vorbehalten sein sollte. Jährliche Auslassversuche werden wieder empfohlen.

Die strengen Richtlinien für die Verschreibung von Medikamenten an Kinder und Jugendliche mit ADHS in Italien, die vom Gesundheitsministerium vorgeschrieben sind und deren Einhaltung das nationale ADHS-Register kontrolliert, garantieren einen sicheren Umgang mit Psychostimulanzien. Das Register hat mittlerweile eine Laufzeit von drei Jahren und wurde unabhängig von den Ergebnissen der MTA-Studie gegründet. Nach einer Welle von Diskussionen und Kampagnen, wie ‚Giù le mani dai bambini‘ gegen die

Wiedereinführung von Methylphenidat, wurde das ADHS-Register zum Schutz des Kindes eingeführt. Es bindet die Verschreibung von Psychostimulanzien an das Vorhandensein eines multimodalen Behandlungsplanes und dessen Einhaltung. Zudem ist die medikamentöse Therapie nicht die Intervention erster Wahl und ist lediglich Kindern mit schweren Formen von ADHS vorbehalten, wenn die anderen Interventionsformen alleine nicht ausreichen. Mindestens einmal im Jahr wird die medikamentöse Behandlung unterbrochen. Diese Vorgehensweise geht also mit den Ergebnissen der MTA-Studie konform.

All das wird auch an der geringen Anzahl der ADHS-Kinder, die in Italien medikamentös behandelt werden, deutlich. Bei einer Einwohnerzahl von 60.626.442 Personen (Stand 31. Dezember 2010¹⁸), ist die Anzahl von knapp über 2000 Kindern mit ADHS, die mit Psychostimulanzien behandelt werden, äußerst gering.

Es wäre interessant, wie viele Kinder mit ADHS in Österreich medikamentös behandelt werden und wie genau die internationalen Richtlinien für den diagnostisch-therapeutischen Verlauf eingehalten werden. Im Gespräch mit einigen Kinder- und Jugendpsychiatern und dem ADAPT-Verein wurden mir unterschiedliche Antworten auf diese Frage gegeben. Alle haben mich jedoch darauf hingewiesen, dass sich sehr viele Eltern keine angemessene nicht-medikamentöse Therapie für ihre Kinder leisten können, die Wartezeiten bis zu zwei Jahre betragen und daher häufig zu Psychostimulanzien als erste und oft einzige Behandlungsintervention gegriffen wird, die von der Krankenkasse bezahlt werden. Für die Bezahlung einer nicht-medikamentösen Intervention durch die Krankenkasse, sind sehr viele Anträge nötig und diese werden selten bewilligt. Manchmal werden zehn Stunden Ergotherapie oder Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt. Unter dem Aspekt, dass die Symptome nach Absetzen der Medikamente wieder kommen, und der neuen Ergebnisse der MTA-Studie, besteht meiner Meinung nach in Österreich ein dringender Handlungsbedarf. Gerade bei einer Störung wie ADHS, wo der Leidensdruck für das ADHS-Kind und auch innerhalb der Familie meist sehr hoch ist, sollten unbedingt sofortige, neben der medikamentösen auch nicht-medikamentöse

¹⁸ Quelle: ISTAT <http://www.istat.it/it/archivio/bilancio+demografico>

Interventionen gewährleistet und finanziell von den Krankenkassen übernommen werden, wie dies auch in anderen Ländern der Fall ist.

In Bezug auf die Therapie von ADHS möchte ich festhalten, dass ich nicht gegen eine medikamentöse Behandlung bin, der Einsatz einer solchen meiner Meinung nach aber behutsam vorgenommen werden sollte, vor allem in Anbetracht der neuesten Ergebnisse der MTA-Studie. Auch laut Frölich et al. haben kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen sehr wohl eine hohe Wirksamkeit, vor allem in Kombination mit einem Elterntaining. Solche Interventionen sind natürlich sehr aufwändig und mit hohen Kosten verbunden. In Anbetracht dessen, dass 3-5% aller Kinder und Jugendlichen in Österreich von ADHS betroffen sind, wäre es jedoch an der Zeit, dass sich auch die Krankenkassen dieses Problems annehmen und mehr Kosten übernehmen. In Italien sind die Therapien und Beratungen kostenlos.

Wie im Kapitel fünf meiner Diplomarbeit deutlich wird, gelten in Italien auch strenge Vorschriften für den gesamten diagnostisch-therapeutischen Verlauf von ADHS. Zwar gibt es auch ähnliche Richtlinien für Österreich, doch stellt das Register in Italien auch hier eine kontrollierende und überwachende Instanz dar, die eine missbräuchliche Verschreibung von Psychostimulanzien an Kinder und Jugendliche fast unmöglich macht. So wird auch der Einsatz einer multimodalen Therapie garantiert, nachdem die Verschreibung an das Vorhandensein eines Therapieplanes gebunden ist, der auch nicht-medikamentöse Behandlungen berücksichtigt.

Ein für mich sehr schockierendes Erlebnis war, als ich ein Gespräch mit einer bekannten Kinder- und Jugendpsychiaterin in Wien hatte, die sehr viele ADHS-Diagnosen stellt. Sie hat mir berichtet, dass sie den ADHS-Kindern prinzipiell Psychostimulanzien verschreibe, da sich die meisten Eltern sowieso keine Therapie für das Kind leisten könnten und die Medikamente wenigstens zu einer sofortigen Verbesserung der ADHS-Symptomatik führen. Das würde eine nicht-medikamentöse Therapie dann ohnehin unnötig machen. Daher schlug sie diese anderen Interventionsmöglichkeiten auch gar nicht erst vor.

Ein ADHS-Register würde einen solchen leichtfertigen Umgang unterbinden.

Ein weiterer Vorteil des ADHS-Registers ist, dass es einen genauen Überblick über die Anzahl der behandelten Kinder mit ADHS und die Therapieerfolge gibt.

Die Effizienz der verschiedenen Interventionstypen, die Häufigkeit und Arten der Nebenwirkungen und der Zeitraum, über den eine medikamentöse Therapie notwendig ist, können erfasst werden. Mögliche Probleme können schneller erfasst und in weiterer Folge gelöst werden. In Anbetracht all dieser Tatsachen, finde ich das ADHS-Register sehr vorteilhaft. Natürlich gibt es noch einige Lücken, die jedoch nach und nach ausgemerzt werden. Meiner Meinung nach wäre es in höchstem Maße wünschenswert, auch in Österreich ein solches Register einzuführen.

Wie schon erwähnt, wird in Italien ein besonderes Augenmerk auf eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung des Kinder- und Jugendpsychiaters, des Kinderarztes, der Familien, Pädagogen und Therapeuten gesetzt, sowohl bei der Diagnosestellung, als auch während des gesamten Verlaufs der nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapien.

Diese enge Zusammenarbeit, wird auch im Bereich der Schule deutlich.

Wie im Kapitel 5.4 beschrieben, erhalten die für das ADHS-Kind zuständigen Lehrer Einblick in die diagnostischen Unterlagen des Kindes. In weiterer Folge entwickelt der zuständige Kinder- und Jugendpsychiater gemeinsam mit dem Lehrer methodologisch-didaktische Strategien, die individuell auf die Bedürfnisse des Kindes zugeschnitten sind. Zudem steht ein eigener Stützlehrer zur Verfügung, der dabei hilft, diese Ziele zu verwirklichen, Lerndefizite auszugleichen und das ADHS-Kind adäquat in die Klassengemeinschaft zu integrieren. Die Lehrer werden umfassend über die Charakteristiken der Störung aufgeklärt und dazu angehalten, sich an gewisse Richtlinien für den schulischen Umgang mit dem ADHS-Schüler zu halten, sowie bei der Beurteilung von schulischen Leistungen und des Verhaltens Rücksicht auf die Symptomatik von ADHS zu nehmen. Es findet ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen Lehrer, Kinder- und Jugendpsychiater und Eltern statt.

Im Gespräch mit österreichischen Volksschullehrern erfuhr ich, wie hierzulande mit ADHS in der Schule umgegangen wird. Meine diesbezüglichen Informationen spiegeln allerdings nur einige Erfahrungsberichte wieder, deren Repräsentativität für Österreich ich nicht überprüfen konnte.

Fallen dem Lehrer bei einem seiner Schüler ADHS-Symptome auf, holt er zunächst beim Direktor die Erlaubnis ein, mit den Eltern darüber zu sprechen. Im

Gespräch mit den Eltern, wird diesen der Vorschlag unterbreitet, das Kind vom Schulpsychologen begutachten und eine schulpsychologische Abklärung vornehmen zu lassen. Willigen die Eltern ein und stellt der Schulpsychologe die Diagnose ADHS, werden die Eltern meist an den Hausarzt verwiesen, damit dieser das Rezept für eine medikamentöse Behandlung ausstellt. Selbst wenn eine nicht-medikamentöse Therapie empfohlen wird, muss meist die zuvor erwähnte Wartezeit mit Psychostimulanzien überbrückt werden. Zudem sind nicht-medikamentöse Therapien vor allem für sozial schwächere Familien, in denen ADHS häufiger auftritt meist zu teuer. Der Schulpsychologe teilt darauf hin die Diagnose dem Lehrer mit und klärt ihn über die Charakteristiken von ADHS und die Medikation auf. Wie sehr sich nun der Lehrer darum bemüht, pädagogische Maßnahmen, die speziell das Kind mit ADHS und dessen Integration in den Klassenverband betreffen, zu erlernen und diese einzusetzen, bleibt ihm selbst und seinem Engagement überlassen.

Meiner Meinung nach gewährleisten die enge Zusammenarbeit der Lehrer, Kinder- und Jugendpsychiater und Eltern und der zur Verfügung gestellte Stützlehrer sehr gute Voraussetzungen für Kinder mit ADHS. Dem Kind wird eine optimale und individuelle Unterstützung und Förderung zuteil. Zudem werden die Lehrer angeleitet, wie sie spezielle pädagogische Maßnahmen für Kinder mit ADHS einsetzen.

Ein solcher Einsatz für Kinder mit ADHS wäre auch in Österreich höchst empfehlenswert. Meiner Ansicht nach, wäre ein erster wichtiger Schritt, Lehrer und Kindergartenpädagogen schon in ihrer Ausbildung mit dem Thema ADHS und speziellen Methoden zum besseren Umgang mit betroffenen Kindern vertraut zu machen. Eine weitere Möglichkeit wäre, Stützlehrer, zumindest für eine begrenzte Zeit zur anfänglichen Unterstützung oder spezielle ADHS-Therapeuten für einen gewissen Zeitraum in der Schule einzusetzen, die die Lehrer anweisen und mithelfen, das Kind in den Klassenverband zu integrieren. Solche Maßnahmen wären sowohl für das ADHS-Kind, als auch für den jeweiligen Lehrer von großem Vorteil.

Während des Schreibens meiner Diplomarbeit ist mir im Zusammenhang mit dem Umgang mit ADHS der hohe Stellenwert des Kindes in der Gesellschaft in Italien immer deutlicher geworden. Die Bemühungen, die dort unternommen werden,

um ADHS-Kindern und deren Familien ein ‚normales‘ Leben zu ermöglichen, haben mich sehr beeindruckt.

Meine Hypothese, dass die Mentalität der Italiener einen positiven Einfluss auf Kinder mit ADHS hat, bestätigt sich meiner Meinung nach in einigen Punkten. So könnte man zusammenfassend sagen, dass das Temperament der Italiener, wie zuvor beschrieben, wahrscheinlich die Toleranzgrenze für die Ausprägung der ADHS-Symptome erhöht und sich dadurch in einer niedrigeren Prävalenz von ADHS niederschlägt. Die positive Einstellung Kindern gegenüber zeigt sich ebenso in vielen meiner Ausführungen.

Es bedarf empirischer Studien, um die Hypothesen, die dieser Arbeit zugrunde liegen endgültig zu prüfen. Die vorliegende Arbeit könnte jedoch einen Impuls für weitere Studien geben, um die Grundlagen für eine substantielle Verbesserung der Situation der betroffenen Kinder und Familien in Österreich zu schaffen.

8 Literaturverzeichnis:

Barkley, Russell A. (2011): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 3., aktualisierte Aufl. Bern: Huber.

Böhm, Winfried (2007): Geschichte der Pädagogik. Von Platon bis zur Gegenwart. 2., durchgesehene Auflage. München: Verlag C.H. Beck oHG.

Brandau, Johannes (op. 2004): Das ADHS-Puzzle. Systemisch-evolutionäre Aspekte, Unfallrisiko und klinische Perspektiven. Wien: Springer.

Calcagno, Giorgio (imp. 2005): Bianco, rosso, verde. L'identità degli italiani. Roma; Bari: Laterza.

Cizek, Brigitte (Hrsg.); Österreichisches Institut für Familienforschung Wien (2004): Familienforschung in Österreich. Markierungen, Ergebnisse, Perspektiven; [anlässlich des zehnjährigen Bestehens des ÖIF]. Wien (ÖIF-Schriften, 12).

Dieplinger, Anna Maria (2003): Das Erziehungsverhalten von Eltern als Determinante von ADHD (Attention deficit hyperactive disorder). Linz: Trauner.

Döpfner, Manfred (2002): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten, THOP. 3., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz.

Döpfner, Manfred: ADHS: Sticks für Kids. Ein Belohnungsprogramm für Kinder. Medice.Iserlohn.

Dörfler, Kordula (2011): Die Presse, 8. Mai 2011, Seite 38

Dorsch, Friedrich (1994): Psychologisches Wörterbuch. 12. überarb. und erw. Aufl.-Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

DUDEN (1998): Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. 6. Überarb. und erw. Aufl.-Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich: Dudenverl.

Ettrich, Christine: ADHS: Regeln vereinfachen das Leben und das Zusammenleben. Spielerische Förderung zu Hause. Medice.Iserlohn.

Feigl, Doris (2000): Die italienische Familie und die Rolle der Frau vom 19. bis ins 21. Jahrhundert. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Geisteswissenschaftliche Fakultät.

Hays, Sharon (1998): Die Identität der Mütter. Zwischen Selbstlosigkeit und Eigennutz. Stuttgart: Klett-Cotta.

Hofferer, Manfred: Outdoorpädagogik Austria, Vortragender an der Aus- und Fortbildungsakademie zu Entwicklungsstörungen und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter, *Qualitätszirkel Legasthenie* (2006-2007).

Jacobs, Claus; Petermann, Franz (2008): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. 2. überarb. Aufl.; Göttingen; Bern; Wien; Paris; Oxford; Prag; Toronto; Cambridge, MA; Amsterdam; Kopenhagen: Hogrefe Verlag

Kahl, Kai (2007): Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen; 27 Tabellen. Stuttgart: Thieme.

Kramer, Rita (1997): Maria Montessori. Biographie. 10.-12. Tausend; Frankfurt am Main (1995): Fischer Taschenbuch Verlag GMBH.

Lindenberg, Christoph (1983): Waldorfschulen: angstfrei lernen, selbstbewusst handeln. Praxis eines verkannten Schulmodells. 159.-170. Tausend; Reinbek bei Hamburg (1975): Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Neill, Alexander Sutherland (2009): Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung. Das Beispiel Summerhill. 48. Auflage; Reinbek bei Hamburg (1969): Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Neuhaus, Cordula: ADHS: Ein Kind mit ADHS. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen im Unterricht. Medice.Iserlohn.

Ringel, Erwin; Reiter, Franz Richard (1991): Die österreichische Seele. 10 Reden über Medizin, Politik, Kunst und Religion. 9. Aufl., 71. - 73. Tsd. Wien; Zürich: Europaverl.

Röbbel, Nathalie (2004): Familie in Italien an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Familie zwischen sozialem Konstrukt, kulturellem Muster und kontingenter Wirklichkeit. Hamburg (2006), Münster: Lit Verlag.

Saraceno, Chiara (2009): Familienrealität in Italien: Kontinuität und Wandel. (Zibaldone – Zeitschrift für italienische Kultur der Gegenwart No. 47, Frühjahr 2009).

Schneewind, Klaus A. (2010): Familienpsychologie. 3., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Schutzbier, Barbara (2008): Psychoanalytische Theorien und Betrachtungsweisen zum AD(H)S Syndrom und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Wissenschaftsanalytische Auseinandersetzung der Auswirkungen eines psychoanalytischen Verständnisses von AD(H)S auf psychoanalytisch-pädagogische Konzepte. Wien; Universität; Diplomarbeit;.

Stumpf, Hildegard (2007): Die wichtigsten Pädagogen. Wiesbaden: Marix Verlag GmbH.

Werneck-Rohrer, Sonja (2005): Die Bedeutung der exekutiven Funktionen und des Temperaments bei psychiatrischen Erkrankungen. Am Beispiel der

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Wien; Universität; Dissertation; 2006.

Zanatta, Anna Laura (2008): Le nuove famiglie. 3a ed. aggiornata. Bologna: il Mulino.

8.1 Internetquellen:

AIFA - Ministero della Salute: Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD): le tappe per un uso razionale dei farmaci. Online verfügbar unter <http://www.iss.it/binary/adhd/cont/ADHD%20uso%20razionale%20dei%20farmaci.1166700771.pdf> , zuletzt geprüft am 03.04.2011.

Cutolo, Antonio (2010): Carta intestata. Online verfügbar unter http://www.aidaiassociazione.com/documents/Circolare_Miur_ADHD.pdf , zuletzt aktualisiert am 25.07.2010, zuletzt geprüft am 13.08.2011.

Deutsche Bundesärztekammer (2005): Fragen-Antworten-Katalog / Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)'. Häufige Fragen zu ADHS Bundesärztekammer Stand: 26.08.2005. Online Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3162> (letzter Download: 13.01.2011, 22:45 Uhr)

Döpfner, M. (2007): Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich. Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie. Online verfügbar unter http://www.zentrales-adhs-netz.de/pdfs/aktuelles1/Was_bringt_die_medikamentoese_Langzeittherapie_wirklich.pdf, zuletzt aktualisiert am 09.08.2007, zuletzt geprüft am 06.05.2011.

Frölich, Jan; Döpfner, Manfred; Berner, Walter und Lehmkuhl, Bernd (2009): Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternttraining bei hyperkinetischen Kindern. Online verfügbar unter http://www.pedocs.de/volltexte/2010/932/pdf/Froelich_Doepfner_Berner_Lehmkuhl_Behandlungseffekte_Verhaltenstherapie_Elternttraining_2002_W_D_A.pdf , zuletzt aktualisiert am 30.07.2009, zuletzt geprüft am 05.05.2011.

Panei, Pietro; Bonati, Maurizio (2009): Comunicato Stampa. Molto meno di quelli previsti i bambini con ADHD in terapia con psicofarmaci. Istituto superiore di sanità; Mario Negri- Istituto di ricerche farmacologiche.
<http://www.aidaiassociazione.com/documents/ Comunicato Stampa 17 aprile ADHD.pdf> (letzter Download 24. August 2011, 19:48 Uhr)

Pavone, Gina (2011): Adhd, in Italia circa 2 mila bambini e ragazzi trattati con psicofarmaci | sostanze.info. Online verfügbar unter <http://www.sostanze.info/articolo/adhd-italia-circa-2-mila-bambini-ragazzi-trattati-psicofarmaci> , zuletzt aktualisiert am 01.05.2011, zuletzt geprüft am 05.05.2011.

Purdie et al (2002): A Review of the Research on Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: What Works Best? Review of Educational Research, Vol. 72, No. 1 Published by: American Educational Research Association Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3516074> Accessed: 10/02/2010 14:23

S.I.N.P.I.A (2007): Statement della SINPIA sul disturbo da deficit di attenzione e iperattività. <http://www.regione.veneto.it/NR/ronlyres/045CA9E8-88AA-46F1-9AFD-F4FB33295352/0/StatementSINPIA.pdf> (letzter Download 24. August 2011, 19:33 Uhr)

<http://www.giulemanidaibambini.org/consensus/> (letzter Download 24. August 2010, 19:45 Uhr)

<http://www.istat.it> (24.08.2011)

<http://www.istat.it/it/archivio/bilancio+demografico> (24.08.2011)

<http://services.langenscheidt.de/fremdwb/fremdwb.html> (24.08.2011)

<http://www.sinpia.eu> (24.08.2011)

<http://www.agenziafarmaco.gov.it> (24.08.2011)

8.2 Rahmen- und Tabellenverzeichnis:

Rahmenverzeichnis:

Rahmen 1: Döpfner 2002, 23ff.....	10-11
Rahmen 2: Döpfner 2002, 13ff.....	33
Rahmen 3: Döpfner 2002, 14.....	33-34
Rahmen 4: Döpfner 2002, 14.....	34

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Möglicher Ablauf der Entwicklung von Hemmung und Selbstkontrolle: Barkley 2011, 104.....	29-30
--	-------

Tabelle 2: Überblick über gängige Fragebogeninstrumente: Kahl 2007, 13.....	39-40
--	-------

Tabelle 3: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 122.....	68
--	----

Tabelle 4: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 122.....	69
--	----

Tabelle 5: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 123.....	69-70
--	-------

Tabelle 6: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 123.....	70
--	----

Tabelle 7: Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 124.....	71
--	----

Tabelle 8: Überblick über die Therapiebausteine und
Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 124.....72

Tabelle 9: Überblick über die Therapiebausteine und
Interventionsformen des Eltern-Kind-Programms: Döpfner 2002, 124.....72

Tabelle 10: Beispiele für Eintauschverstärker: Döpfner 2002, 280.....79

Tabelle 11: Aufteilung der Kinderbetreuung (Befragte mit einem Kind unter
15 Jahren im Haushalt; 20-65 Jahre): Klepp in Cizek 2004, 117.....106

Zusammenfassung

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom kurz ADHS gehört zu den meist diagnostizierten psychiatrischen Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob und welche Unterschiede es in der Situation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Vergleich zwischen Österreich und Italien gibt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Familie als möglicher Einflussfaktor gelegt.

Während in Österreich von einer Prävalenz von ADHS im Kindes- und Jugendalter von 3-5% gesprochen wird, beläuft sich diese in Italien lediglich auf 1-2%. In der vorliegenden Arbeit werden kulturspezifische Besonderheiten wie beispielsweise das Temperament, der Stellenwert des Kindes innerhalb der Familie und der Gesellschaft und ähnliches, als mögliche Einflussfaktoren auf die Prävalenz von ADHS diskutiert.

Bei dieser wissenschaftlichen Arbeit handelt es sich nicht um eine empirische Studie, sondern um eine reine Literaturrecherche.

Abstract

The Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most commonly diagnosed psychiatric disorders among infants and adolescents.

The present work seeks to answer the question whether and in what way the situation of infants and adolescents with ADHD is different in Austria and Italy. Particular emphasis will be put on the family as a potential factor to influence ADHD in one way or the other.

While in Austria the prevalence of ADHD is believed to be between 3 to 5 percent among infants and adolescents, in Italy this figure is said to be only between 1 to 2 percent. This work discusses cultural implications, like the temperament and the standing of children within the family and society as potential factors for the prevalence of ADHS.

This work is based on literature research and is not comprised of an empirical study.

Adhd, in Italia circa 2 mila bambini e ragazzi trattati con psicofarmaci

[Mostra tutti gli articoli](#) » **Sostanze:** [psicofarmaci](#)

Pubblicato il 1 Marzo, 2011 - 11:20 da Anonimo

- [Articolo](#)
- [Aggiungi un commento](#)
- [Invia a un amico](#)
- [Condividi](#)

I dati del Registro italiano: la durata media dei trattamenti con Ritalin o Strattera è di 15 mesi: rispetto all'estero, numeri contenuti e diagnosi appropriate. Segnalati effetti collaterali "ma non a livelli allarmanti". Le prescrizioni sono arrivate solo in seconda battuta, dopo la psicoterapia



[Superabile.it](#) - ROMA - Sono poco più di 2 mila i bambini e gli adolescenti tra i 6 e i 18 anni trattati in Italia con Ritalin e Strattera, i due psicofarmaci commercializzati nel nostro paese per il trattamento dell'Adhd, la sindrome da deficit di attenzione e iperattività. I dati sono stati raccolti in tre anni di attività del Registro italiano dell'Adhd dell'Istituto superiore di sanità, lo strumento di farmacovigilanza che ha monitorato le prescrizioni dei due farmaci.

Secondo i dati raccolti dal registro - che sono stati presentati a Roma nell'ambito del convegno "Le molte facce dell'Adhd", organizzato da Aifa onlus in collaborazione con Adhd Europe, in media i trattamenti farmacologici hanno avuto la durata di 15 mesi, e dalle rilevazioni risulta che la terapia farmacologica è stata prescritta in seconda battuta, quando cioè è risultato evidente che la psicoterapia da sola non era sufficiente. Dopo un primo periodo in cui è stato prescritto di più lo Strattera, in seguito i due farmaci sono stati prescritti indicativamente nella stessa quantità.

Un punto di criticità è stato individuato nella mancanza di formulazioni a rilascio prolungato dei farmaci in questione, utili per diminuire il numero delle

somministrazioni durante il giorno. Altro aspetto critico è l'uso 'off-label' dei due psicofarmaci quando i soggetti trattati superano i 18 anni d'età: "I due farmaci, al contrario di quanto avviene in altri paesi, sono prescrivibili sono fino ai 18 anni - spiega Pietro Panei, dell'Istituto superiore di sanità - ma in alcuni casi in cui sarebbe stato utile prolungare l'assunzione, si è visto il ricorso ad escamotage". Un altro problema evidenziato è che i trattamenti non farmacologici non sono ovunque accessibili: a livello geografico ci sono grandi differenze nell'offerta di servizi di assistenza psicologica. Inoltre il registro ha rilevato alcune segnalazioni di effetti collaterali causati dai due psicofarmaci, "ma non in quantità tali da costituire motivo di allarme", precisa Panei. Inoltre dall'analisi risulta che "le diagnosi sono state effettuate accuratamente e perciò le terapie farmacologiche somministrate sono state ritenute appropriate".

Confrontando invece il numero di bambini e adolescenti trattati con altri paesi, risulta che il dato italiano non è particolarmente elevato "non solo se ci paragoniamo a paesi come gli Stati Uniti, dove in pratica si può parlare di prescrizione selvaggia, ma nemmeno se pensiamo ad altri stati europei che applicano controlli stretti, come la Francia, in cui invece le prescrizioni risultano circa 11-12mila". Panei inoltre sottolinea che i circa 2000 casi trattati farmacologicamente, risultano i casi più gravi, "quelli per cui non si poteva fare a meno di ricorrere al farmaco". (Gina Pavone)

(26 febbraio 2011)

Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD): le tappe per un uso razionale dei farmaci

Riassunto

Il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD), dall'inglese *attention deficit hyperactivity disorder* è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato da inattenzione e impulsività/iperattività. La prevalenza riportata in letteratura di questa sindrome è stimata tra il 2 e il 4%. La diagnosi si basa sull'osservazione clinica e sulla raccolta di informazioni fornite da fonti multiple. La terapia necessita un approccio multimodale che combina interventi psicosociali con terapie mediche. Per garantire l'uso appropriato del farmaco di scelta, il metilfenidato, viene istituito un registro nazionale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco. Il registro è stato sviluppato sulla base di un protocollo realizzato da un gruppo di lavoro multidisciplinare.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a childhood neuropsychiatric developmental disorder characterized by inattention, hyperactivity and impulsiveness.

In literature, prevalence of the syndrome is estimated between 2% and 4% of school-age children. Diagnosis is based on clinical observation and collection of information coming from several sources. The treatment approach is multimodal and consists in the association of stimulant medication and/or behaviour therapy. In order to manage the appropriateness of use of the drug of election, methylphenidate, an Italian national registry will be implemented by the National Health Institute and the Italian Medicines Agency (AIFA). The register has been created on the basis of a protocol prepared by a multidiscipline working group.

Scenario

Il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività (ADHD) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva, caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività.

Nel nostro paese la prevalenza del disturbo è stimata tra il 2-4% della popolazione in età scolare; quella delle forme particolarmente gravi (Disturbo Ipercinetico della classificazione ICD-X dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare.

Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino predisponendolo ad una patologia psichiatrica o ad una condizione di disagio sociale. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. La sintomatologia è in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.

L'ADHD è una condizione molto complessa e variabile dal punto di vista clinico; il suo trattamento necessita dell'intervento

multidisciplinare di specialisti, con la collaborazione tra pediatra, genitori e insegnanti guidati da neuropsichiatri e psicologi. Nonostante i progressi fatti nella valutazione, diagnosi e trattamento dei pazienti affetti da ADHD, la gestione di questo disordine rimane ancora controversa. Le opinioni differenti e contrastanti riguardo l'ADHD hanno causato confusione nelle famiglie, nei medici e negli educatori. Il dibattito ha posto l'attenzione sulla necessità di diagnosticare e trattare il disordine in modo specifico.

“Le opinioni differenti e contrastanti riguardo l'ADHD hanno causato confusione nelle famiglie, nei medici e negli educatori”

AIFA - Ministero della Salute

Il percorso del metilfenidato in Italia

Negli ultimi anni negli Stati Uniti l'impiego di psicostimolanti, tra cui metilfenidato e amfetamine, per il trattamento farmacologico dell'ADHD, ha sollevato un forte dibattito incentrato principalmente sulla facile reperibilità e frequente prescrizione di queste sostanze, oltre che su un loro potenziale abuso. Negli USA la diagnosi di ADHD viene formulata dal medico di base e il primo approccio è quello farmacologico; ne consegue che ad un alto tasso di diagnosi, spesso errate, siano associati trattamenti inappropriati. Nel contesto europeo, invece, l'approccio all'ADHD è multidisciplinare e la terapia farmacologica viene riservata ai casi gravi e nell'ambito di un programma multimodale (psicoterapia e farmacoterapia).

Il metilfenidato è utilizzato nel trattamento di pazienti affetti da disturbi dell'attenzione con o senza iperattività e da narcolessia (incontrollabile desiderio di dormire o improvvisi attacchi di sonno profondo). Questo farmaco è uno stimolante centrale, variante dell'amfetamina, e come tale appartiene ai farmaci d'abuso regolamentati dal DPR 309/90, recentemente modificato dalla Legge 21/02/2006 n. 49. Si tratta di un medicinale messo a punto negli anni '50 e registrato nel 1958 in Italia con il nome commerciale di Ritalin®, che nel 1989 è stato sospeso dal commercio con decisione autonoma della ditta produttrice (Ciba-Geigy).

Nell'ottobre del 2000 la Commissione Unica del Farmaco (CUF), su richiesta di Società rappresentanti la Pediatria di Base e la Neuropsichiatria Infantile, ha invitato la ditta Novartis, titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), a presentare richiesta per la reintroduzione sul mercato italiano del metilfenidato. La Novartis ha accettato dando disponibilità per una nuova registrazione e commercializzazione del prodotto.

Nel settembre del 2001 la CUF ha deliberato la reintroduzione in Italia del farmaco, vincolandola alla predisposizione di un piano terapeutico per la sua prescrizione nei centri specializzati in collaborazione con le Regioni, in modo tale da garantire la massima tutela dei bambini potenzialmente trattati mediante un uso razionale del farmaco.

Alla fine del 2002 la Direzione Generale dei Farmaci ha attivato la procedura per la nuova autorizzazione all'immissione in commercio per il Ritalin® con le indicazioni terapeutiche di disturbo dell'attenzione con iperattività e narcolessia.

Nel marzo 2003 si è svolta a Cagliari la Conferenza Nazionale di Consenso sull'ADHD, a cui hanno partecipato tutti i rappresentanti delle Società Scientifiche interessate, delle associazioni dei genitori e dei servizi preposti alla presa in carico dei pazienti con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva; sono stati messi in luce i punti cruciali per utilizzare tutti gli strumenti terapeutici esistenti, per ottimizzare il trattamento dei soggetti affetti da questa sindrome.

Nell'arco del 2004 le procedure di reintroduzione in commercio del Ritalin® sono state portate avanti da parte della Novartis. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approntato un nuovo schema di decreto all'AIC e ha contrattato il prezzo della specialità medicinale, dispensabile dal Servizio Sanitario Nazionale.

Per facilitare la definizione di un valido percorso terapeutico, comprendente l'uso del metilfenidato, è stato istituito e predisposto un registro nazionale coordinato dal Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con l'AIFA, la Conferenza permanente degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome di

Trento e Bolzano e il Ministero della Salute. Il 28 giugno 2004 è stato istituito un Comitato scientifico, nell'ambito di questa collaborazione tra AIFA, Ministero e ISS, incaricato di predisporre il Registro Nazionale dell'ADHD.

I lavori del Comitato si sono conclusi con:

- la stesura del protocollo del Registro;
- la definizione delle procedure operative;
- la lista dei Centri clinici accreditati alla diagnosi e alla terapia dell'ADHD identificati dalle singole Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano (Centro di riferimento);
- la predisposizione informatica del Registro.

“Per facilitare la definizione di un valido percorso terapeutico, comprendente l'uso del metilfenidato, è stato istituito e predisposto un Registro Nazionale”

AIFA - Ministero della Salute

Il progetto del Registro

Il Registro vincola la prescrizione del metilfenidato alla predisposizione di un piano terapeutico semestrale da parte del Centro di Riferimento. Il protocollo prevede che la terapia con metilfenidato debba essere iniziata dal neuropsichiatra infantile e la prima prescrizione debba avvenire presso il Centro di Riferimento indicato dalla Regione. Il piano terapeutico, personalizzato per ogni bambino, prevede il controllo clinico da parte del neuropsichiatra infantile del Centro di Riferimento dopo una e quattro settimane di terapia per la valutazione di efficacia e tollerabilità. Qualora venga deciso di mantenere la terapia saranno programmati controlli clinici dopo i primi cinque mesi e, successivamente, almeno ogni sei mesi. Il piano terapeutico deve riportare la durata prevista del trattamento (massimo sei mesi, rinnovabili). La valutazione dei periodi intermedi sarà effettuata dal neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali in collaborazione con il pediatra di famiglia. In questi controlli intermedi, il neuropsichiatra infantile delle strutture territoriali o il pediatra possono effettuare la prescrizione del farmaco, attenendosi a quanto previsto dal Piano Terapeutico del Centro di Riferimento che dovrà accompagnare (in copia) la ricetta. Almeno una volta all'anno il trattamento farmacologico sarà interrotto per verificare la possibilità di continuare il trattamento della sindrome con la sola terapia psico-comportamentale.

Il quadro clinico sarà monitorato attentamente per verificare intensità dei sintomi, compromissione globale, eventuale comorbidità e/o comparsa di complicanze, efficacia e tollerabilità degli interventi terapeutici.

L'ISS è responsabile della qualità e veridicità dei dati presenti nel database centrale e presso i Centri di Riferimento Regionali. I dati relativi ad ogni bambino iscritto nel Registro saranno immessi sul modulo di arruolamento e di follow-up presenti su un'area protetta del portale dell'Istituto, attraverso cui i centri, i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile e i pediatri potranno accedere tramite un accesso riservato (www.iss.it/adhd/).

Ad oggi l'unico modo per poter usufruire del metilfenidato è costituito dall'importazione dall'estero tramite il Servizio di Farmacia di Aziende Ospedaliere, ASL, IRCCS e Centri Specializzati

previa autorizzazione dell'AIFA (Decreto 11 febbraio 1997) e successiva dispensazione ai pazienti in regime di day-hospital dopo consenso informato scritto dei genitori, illustrato anche al bambino in maniera adeguata alla sua età.

Tale percorso prescrittivo espone a maggiori rischi circa il reale controllo della terapia e ad eventuali casi di abuso.

L'obiettivo del Registro è di armonizzare la gestione globale dei pazienti affetti da ADHD, tramite la rete dei neuropsichiatri e dei centri di riferimento regionali coordinati dall'ISS. L'operato della rete potrebbe essere poi esteso alle altre patologie neuropsichiatriche per promuovere la salute mentale di bambini e adolescenti. Considerato, infatti, l'uso di psicofarmaci nei bambini e negli adolescenti per una vasta gamma di condizioni cliniche, sono necessari strumenti che permettano un monitoraggio a più lungo termine e su più vasta scala nella popolazione pediatrica, per migliorare il profilo di sicurezza di tali farmaci.

Il percorso diagnostico terapeutico

L'istituzione del Registro facilita la possibilità di effettuare la prescrizione del metilfenidato.

In accordo con quanto formulato dalla Consensus Conference di Cagliari, infatti, il percorso diagnostico terapeutico è delineato dai seguenti punti contemplati nel Registro:

- la diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM-IV* per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino, e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione e comunicazione del pediatra di famiglia, referente per la salute del bambino.

*Il DSM-IV opera classificazioni ampiamente compatibili con quelle proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella XI revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari correlati (ICD XI).

- L'ADHD va considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare. Scopo principale degli interventi terapeutici svolti dagli operatori dell'età evolutiva deve essere quello di migliorare il benessere globale

(la salute) del bambino. In particolare gli interventi terapeutici sono tesi a: migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare

Box

I FARMACI PER L'ADHD

La terapia

Le modalità terapeutiche per l'ADHD sono quella comportamentale, con vari interventi psicosociali, e quella farmacologica. Secondo la maggior parte degli autori il metilfenidato rappresenta oggi il farmaco di scelta.

I disturbi della condotta, dell'apprendimento e dell'interazione sociale richiedono invece interventi psicosociali, ambientali e psicoeducativi, centrati sulla famiglia, sulla scuola e sui bambini.

Gli psicostimolanti: metilfenidato

Gli psicostimolanti sono considerati la terapia più efficace per l'ADHD e il metilfenidato è il farmaco di cui, fino ad oggi, è stata raccolta la maggiore esperienza.

Gli psicostimolanti agiscono sui trasportatori per le monoamine: il metilfenidato modula soprattutto la quantità di dopamina, e di noradrenalina, presente nello spazio inter-sinaptico. Potenzia una trasmissione dopaminergica deficitaria e attenua uno stato di iperattività dopaminergica. È in grado di migliorare l'inibizione delle risposte, la memoria di lavoro e i processi di discriminazione degli stimoli.

• Farmacocinetica e farmacodinamica

Nei bambini, il picco delle concentrazioni ematiche è raggiunto dopo circa 2 ore dalla somministrazione orale, con una durata di azione di 1-4 ore e una emivita di 2-3 ore. La relazione dose/risposta del farmaco è molto variabile, ed è associata alla fase di incremento dei livelli ematici del farmaco così che il dosaggio deve essere individualizzato. Nei paesi in cui il farmaco è in commercio, è disponibile in compresse da 5-10-20 mg; negli USA anche in capsule a rilascio lento da 20 mg. In considerazione del profilo cinetico e dinamico, è necessario somministrare più dosi giornaliere. Alla sospensione, alcuni bambini possono mostrare un effetto *rebound* con

esacerbazione dei disturbi comportamentali, effetto che può essere prevenuto con uno schema terapeutico con un dosaggio maggiore al mattino seguito da dosi inferiori durante la giornata, o usando formulazioni a rilascio controllato.

• Efficacia

I risultati di alcuni studi clinici controllati hanno evidenziato che il metilfenidato è efficace in circa il 70% dei bambini con ADHD. L'effetto terapeutico è rapido. Una settimana di trattamento è in genere sufficiente per ottenere benefici valutabili anche in ambito scolastico: aumento dell'attenzione, della capacità di portare a termine i compiti assegnati, oltre ad una riduzione dell'impulsività, della distrazione e delle interazioni interpersonali conflittuali. Negli studi finora condotti è stato notato che la stessa dose di metilfenidato può tuttavia produrre in bambini con ADHD cambiamenti in positivo, in negativo o nulli, in base al metodo di valutazione usato. Questo paradosso evidenzia l'eterogeneità dei metodi di valutazione finora utilizzati nelle sperimentazioni cliniche, che vanno da una soggettiva percezione di miglioramento da parte dei genitori, a valutazioni cliniche ambulatoriali, fino all'analisi del rendimento scolastico del bambino. Circa il 30% dei bambini con ADHD non risponde al metilfenidato. I fattori che sembrano limitare l'efficacia del farmaco sono: la predominanza di ansia e depressione nel quadro sintomatologico (sintomi che nei bambini con ADHD il metilfenidato migliora), la concomitanza di lesioni organiche e neuroevolutive, e la presenza di condizioni socioeconomiche ed ambientali sfavorevoli. Tutti elementi che conducono anche alla difficoltà ed eterogeneità della definizione diagnostica di

questa sindrome. Mentre l'efficacia nel breve periodo è ben documentata, pochi sono stati finora gli studi che hanno analizzato gli effetti a lungo termine del metilfenidato. I risultati ottenuti non hanno evidenziato nei pazienti trattati un miglior inserimento sociale o il raggiungimento di più alti livelli di scolarità rispetto ai controlli. Ne consegue che le evidenze a tutt'oggi disponibili supportano l'uso del farmaco solo per un periodo di breve durata e nell'ambito di una terapia non solo farmacologica.

• Effetti indesiderati

Gli effetti collaterali più comuni degli psicostimolanti e del metilfenidato in particolare sono diminuzione di appetito, insonnia e irritazione gastrointestinale: l'insonnia può essere prevenuta evitando le somministrazioni serali, la mancanza di appetito e i disturbi gastrointestinali somministrando il farmaco dopo i pasti. Quando il farmaco è somministrato correttamente, cefalea e dolori addominali sono rari, temporanei e raramente impongono la modifica o la sospensione della terapia. Rare, seppur documentate, sono la neutropenia e l'eosinofilia.

In individui predisposti, possono verificarsi o peggiorare movimenti involontari, tic e idee ossessive. In alcuni bambini, possono indurre variazioni rapide del tono dell'umore con aumento o diminuzione dell'eloquio, ansia, eccessiva euforia, irritabilità, tristezza (disforia). Nei bambini, dosi elevate di farmaco possono indurre, paradossalmente sedazione e diminuzione delle capacità di apprendimento. Nei bambini l'abuso e la dipendenza sono praticamente inesistenti. Diversi studi mostrano peraltro che adolescenti con ADHD in terapia con psicostimolanti dall'infanzia presentano minore incidenza di abuso di

le capacità di apprendimento scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti. I genitori devono essere informati, in modo compren-

sibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di Riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie.

sostanze psicotrope rispetto ad adolescenti che, da bambini, non avevano ricevuto alcun trattamento farmacologico per ADHD. Possibili effetti sull'accrescimento staturale-ponderale sono stati segnalati nei trattamenti prolungati ma sono necessari studi con follow-up più lungo, standardizzati per stadio puberale e con valutazione accurata dei parametri auxologici.

Il metilfenidato può interferire con l'effetto dei farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (sedativi, anti-convulsivanti ed antidepressivi). Richiede inoltre cautela l'uso concomitante di decongestionanti nasali che contengono stimolanti (quali la pseudoefedrina): l'effetto additivo può dar luogo a tachicardia e palpitazioni. I soggetti in trattamento con psicostimolanti sono a maggior rischio di eventi cardiovascolari. Il rischio è in funzione diretta dell'età: minore nei bambini, maggiore negli adolescenti e negli adulti. È necessario sottoporre tutti i soggetti a ECG e valutazione cardiologica prima dell'inizio della terapia e, periodicamente, nel corso del trattamento.

I farmaci non-psicostimolanti (noradrenergici)

Numerosi farmaci, in grado di bloccare in maniera più o meno selettiva la ricaptazione della noradrenalina, sono efficaci nella terapia dell'ADHD. Il sistema noradrenergico modula la funzione di numerose aree cerebrali coinvolte nei meccanismi di vigilanza, allerta ed attenzione. I farmaci in grado di modulare la funzione noradrenergica sono: antidepressivi triciclici, agonisti alfa-2 adrenergici, bloccanti selettivi del reuptake della noradrenalina. Alcuni di tali farmaci presentano però minore tollerabilità (desipramina: effetti anticolinergici e rischio di cardiotoxicità), tolleranza agli effetti

terapeutici dopo alcuni mesi (clonidina). Altri (ad es. atomoxetina, non in commercio in Italia) hanno dimostrato efficacia e tollerabilità simile agli psicostimolanti, senza potenziale d'abuso.

Atomoxetina

L'EMA ha recentemente approvato con procedura di mutuo riconoscimento l'atomoxetina, un inibitore selettivo del reuptake della noradrenalina per la terapia dell'ADHD in bambini al di sopra dei 6 anni di età, adolescenti e adulti. L'atomoxetina è stata dapprima introdotta sul mercato negli USA nel novembre del 2002 e poi successivamente nel Regno Unito nel maggio del 2004. L'efficacia dell'atomoxetina è stata valutata attraverso 8 studi controllati verso placebo condotti in circa 1500 pazienti, di cui più di 1000 erano bambini e adolescenti. Alcuni dei pazienti, sia pediatrici che adulti, sono stati seguiti in studi in aperto per vari anni (periodo di tempo superiore a 3 anni) per ottenere dati relativi all'efficacia ed alla sicurezza del trattamento a lungo termine. Ad oggi non vi sono chiare evidenze circa l'efficacia a lungo termine e all'effettiva necessità di un trattamento protratto oltre i 3-6 mesi.

Riguardo la sicurezza del farmaco va sottolineato che, nel corso del 2005, sia l'EMA che la Food and Drug Administration (FDA) hanno allertato il personale medico e i pazienti circa l'aumentato rischio di pensieri suicidari in bambini e adolescenti in terapia con l'atomoxetina. L'incremento del rischio suicidario è stato identificato in una meta-analisi di alcuni trial della durata da sei a diciotto settimane. Lo studio ha dimostrato che lo 0,4% dei bambini trattati con atomoxetina manifesta pensieri suicidari mentre in quelli trattati con placebo non si è registrato nessun caso del

genere. Un'analisi simile è stata eseguita anche tra adulti con ADHD o con depressione: in questi soggetti non si è avuto incremento di comportamenti autolesionistici. Le autorità regolatorie hanno deciso di far inserire nella scheda tecnica del prodotto le avvertenze aggiornate sul rischio di ideazione e comportamento suicidario, per richiamare l'attenzione sul fatto che i ragazzi che stanno iniziando la terapia a base di atomoxetina devono essere controllati attentamente per monitorare eventuali manifestazioni anomale del comportamento, pensieri suicidari o peggioramenti del quadro clinico psichiatrico.

Particolare attenzione va anche rivolta agli effetti cardiovascolari che possono essere indotti dal farmaco. L'FDA ha recentemente chiesto ai produttori di farmaci stimolanti utilizzati nel trattamento dell'ADHD di aggiungere un nuovo avvertimento sugli effetti avversi per il sistema cardiovascolare mentre ha respinto le raccomandazioni segnalate da un gruppo di esperti favorevoli al "black box" riguardante il possibile rischio di morte improvvisa (*sudden death*): questa informazione è stata inserita nelle avvertenze generali del farmaco. L'FDA aveva inviato nel maggio 2006 una lettera direttamente agli sponsor per rinforzare le precauzioni per l'uso. Da parte di una nota casa produttrice è stato prodotto e aggiunto un nuovo avviso circa i rischi di eventi cardiovascolari e psichiatrici prodotti da atomoxetina nel trattamento dell'ADHD. È possibile che il rischio riferito a questo farmaco rifletta le differenze nel meccanismo d'azione dell'atomoxetina.

È chiaro che, una volta disponibile in Italia, anche questo farmaco verrà sottoposto alle stesse procedure di erogazione e monitoraggio (il registro) del metilfenidato.

- Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Gli interventi psicologici prevedono il lavoro con il paziente, con i genitori e con gli insegnanti. Gli interventi psico-comportamentali sono adeguati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza del deficit di attenzione, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto anche all'intervento farmacologico. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia.
- L'eventuale intervento farmacologico dovrebbe essere intrapreso solo se indicato da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità scientifica internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Tale intervento va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, presentandolo come un ausilio agli sforzi intrapresi e non come la soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali. Gli psicostimolanti (e il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD.
- Dopo aver considerato le possibili controindicazioni, gli effetti indesiderati e le possibili alternative farmacologiche e non, la terapia con metilfenidato deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e sentiti gli altri operatori sanitari e sociali (psicologo, pediatra di famiglia, assistente sociale, ecc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia. 

Gruppo di lavoro multidisciplinare sul metilfenidato

A. Addis (Agenzia Italiana del Farmaco, Roma)
 D. Besana (Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Infantile Arrigo, Alessandria)
 M. Bonati (Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano)
 C. Calzone (Ospedale Matera)
 A. Costantino (Neuropsichiatria Infantile Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e R. Elena, Milano)
 P. Curatolo (Neuropsichiatria Infantile, Università Tor Vergata, Roma)
 A. Loizzo (Istituto Superiore Sanità, Roma)
 N. Martini (Agenzia Italiana del Farmaco, Roma)
 G. Masi (Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Stella Maris, Pisa)
 P. Panei (Istituto Superiore Sanità, Roma)
 P. Popoli (Istituto Superiore Sanità, Roma)
 P. Rossi (Agenzia Italiana del Farmaco, Roma)
 P.L. Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri, Firenze)
 S. Vella (Istituto Superiore Sanità, Roma)
 A. Zuddas (Neuropsichiatria Infantile Università Cagliari)

Bibliografia di riferimento

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, 1994.
2. American Academy of Pediatrics. Diagnostic evaluation of the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000; 105: 1158-70.
3. American Academy Child & Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the use of stimulant medication in children, adolescent and adults. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 2002; 41: 265-49.
4. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Linee-guida per il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva. Diagnosi e la terapia farmacologica (Masi G, Zuddas A, eds). Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2004; 24 (Suppl. 1): 41-87.
5. Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (Suppl. 1): 1-7-1-30.
6. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th revision. Geneva: World Health Organisation; 1992.
7. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PJ, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-33.
8. Besoli G, Venier D. Il disturbo di attenzione con iperattività: indagine conoscitiva tra i pediatri di famiglia in Friuli-Venezia Giulia. Quaderni acp 2003; X: 8-9.

9. Gallucci F, Bird HR, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberg A. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1051-8.
10. Marchini L, Puzzo F, Pirella A, et al. Se non sta fermo solo in USA scatta la ricetta. *Occhio Clinico Pediatria*; 4: 12-4.
11. Corbo S, Marolla F, Sarno V, Torrioli MG, Vernacotola S. Prevalenza dell'ADHD in bambini seguiti dal Pediatra di Famiglia. *Medico e Bambino* 2003; 1: 22-5.
12. Ciotti F. La sindrome ipercinetica "pura" fra gli alunni nel territorio cesenate. *Quaderni acp* 2003; X: 18-20.
13. Sarno V. Il pediatra alle prese con i problemi psico-relazionali: uno studio pilota. *Medico e Bambino* 2003; 1 (suppl.): 9-12.
14. Camerini GB, Coccia M, Caffo E. Il Disturbo da Deficit dell'Attenzione-Iperattività: analisi della frequenza in una popolazione scolastica attraverso questionari agli insegnanti. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 1996; 63: 587-94.
15. Masi G, Mugnaini D, Brovedani P, et al. Teacher reports of ADHD symptoms in Italian children at the end of first grade. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 419-26.
16. Zuddas A, Marzocchi GM, Oosterlaan J, Cavolina P, Ancilletta B, Sergeant JA. Factor structure and cultural aspects of Disruptive Behaviour Disorders symptoms in Italian children. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 420-8.
17. Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: advance in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 65-99.
18. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* 2000; 3: 617-28.
19. Richters JE, Arnold LE, Jensen PS, et al. NIMH collaborative multisite, multimodal treatment study of children with ADHD; I. Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 987-1000.
20. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Linee-guida per il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva. II. Trattamento cognitivo-comportamentale (Chiarenza G, Bianchi E, Marzocchi GM, eds). *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* 2004; 24 (Suppl 1): 89-107.
21. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 780-8.
22. Santosh PJ, Taylor E. Stimulant drugs. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9 (Suppl. 1): 27-43.
23. Seeman P, Madras BK. Mechanism of drug action. Anti-hyperactivity medication: methylphenidate and amphetamine. *Mol Psychiatry* 1998; 3: 386-96.
24. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 113: 754-61.
25. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics* 2004; 113: 762-9.
26. Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder across the life-cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-32.
27. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics* 2003; 111: 97-109.
28. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 195-211.
29. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111: 179-85.
30. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999; 104: e20.
31. Buitelaar J, Danckaerts M, Gillberg C, et al. A prospective, multi-center, open-label assessment of atomoxetine in non-North-American children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 249-57.
32. Kratochvil CJ, Heligenstein JH, Dittman R, et al. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 776-84.
33. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T, Atomoxetine Study Group. Atomoxetine treatment of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001; 108: E83.
34. Michelson D, Buitelaar JK, Danckaerts MJ, et al. Relapse prevention in patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder treated with atomoxetine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 896-904.
35. MTA Cooperative Group. A 14-month randomised clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.
36. MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1088-96.
37. Conners CK, Epstein JN, March JS, et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 159-67s.
38. Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. Effectiveness and tolerability of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 693-5.
39. Michelson D, Faries DE, Wernicke J, et al. Atomoxetine in the treatment of children and adolescent with attention-deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose response study. *Pediatrics* 2001; 108: e83.
40. Michelson D, Allen AJ, Busner J, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1896-901.
41. Biederman J, Heiligenstein JH, Faries DE, et al. Efficacy of atomoxetine vs placebo in school age girls with ADHD. *Pediatrics* 2002; 110: e75.
42. Kelsey DK, Sumner CR, Casat CD, et al. Once-daily atomoxetine treatment for children with ADHD, including an assessment of evening and morning behaviour: a double blind, placebo controlled trial. *Pediatrics* 2004; 114: e1-8.



**Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della
Ricerca**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente,
l'Integrazione, la Partecipazione e la
Comunicazione
Ufficio 6

Prot. N. 4089-15/6/2010

Ai Direttori Generali degli Uffici
Scolastici Regionali
Loro Sedi

Oggetto: Disturbo di deficit di attenzione ed iperattività

Premessa

In considerazione della sempre maggiore e segnalata presenza nelle scuole di alunni con diagnosi di "Disturbo da Deficit di Attenzione/ Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder) si propongono indicazioni e accorgimenti didattici volti ad agevolare il percorso scolastico di detti alunni alla luce del documento sottoscritto da **Airipa** (Associazione Italiana Ricerca ed Intervento nella psicopatologia dell'apprendimento), **Sinpia** (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza), **Aidai** (Associazione Italiana per i disturbi di attenzione, iperattività e patologie correlate), **Aifa** (Associazione Italiana Famiglie Adhd Onlus) e pubblicato sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità : <http://www.iss.it/adhd/docu/cont.php?id=385&lang=1&tipo=3>

Si premette che l'ADHD è presente in circa l'1% (fonte Istituto Superiore di Sanità) della popolazione infantile, ha una causa neurobiologica e si caratterizza per la presenza di sintomi di disattenzione, impulsività/iperattività, riconducibili a difficoltà nell'autocontrollo e nelle capacità di pianificazione e non attribuibili ad un deficit dell'intelligenza.

Descrizione degli alunni con ADHD

Molti bambini e ragazzi possono presentare comportamenti di disattenzione e/o irrequietezza motoria, tuttavia gli alunni che presentano tale Disturbo hanno difficoltà pervasive e persistenti nel:

- selezionare le informazioni necessarie per eseguire il compito e mantenere l'attenzione per il tempo utile a completare la consegna
- resistere ad elementi distraenti presenti nell'ambiente o a pensieri divaganti
- seguire le istruzioni e rispettare le regole (non a causa di comportamento oppositivo o di incapacità di comprensione)



**Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della
Ricerca**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente,
l'Integrazione, la Partecipazione e la
Comunicazione
Ufficio 6

- utilizzare i processi esecutivi di individuazione, pianificazione e controllo di sequenze di azioni complesse, necessarie all'esecuzione di compiti e problemi
- regolare il comportamento che si caratterizza quindi per una eccessiva irrequietezza motoria e si esprime principalmente in movimenti non finalizzati, nel frequente abbandono della posizione seduta e nel rapido passaggio da un'attività all'altra
- controllare, inibire e differire risposte o comportamenti che in un dato momento risultano inappropriati: aspettare il proprio turno nel gioco o nella conversazione
- applicare in modo efficiente strategie di studio che consentano di memorizzare le informazioni a lungo termine.

Gli stessi alunni possono talvolta presentare difficoltà:

- nel costruire e mantenere relazioni positive con i coetanei
- nell'autoregolare le proprie emozioni
- nell'affrontare adeguatamente situazioni di frustrazione imparando a posticipare la gratificazione
- nel gestire il livello di motivazione interna approdando molto precocemente ad uno stato di "noia"
- nell'evitare stati di eccessiva demoralizzazione e ansia
- nel controllare livelli di aggressività
- nel seguire i ritmi di apprendimento della classe a causa delle difficoltà attentive.

In alcuni soggetti prevale la disattenzione, in altri l'iperattività/impulsività, ma nella maggior parte dei casi i due problemi coesistono.

Il protocollo operativo indicato nel suddetto documento ,utile a migliorare l'apprendimento ed il comportamento degli alunni con ADHD in classe, **prevede i seguenti punti.**

Viene preliminarmente ritenuto opportuno che il Dirigente Scolastico venga contattato dalla famiglia che presenta l'evidenza della problematica del proprio figlio/a. Tutta la documentazione dovrebbe essere inserita nel protocollo riservato.



**Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della
Ricerca**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente,
l'Integrazione, la Partecipazione e la
Comunicazione
Ufficio 6

Sarebbe utile che il Dirigente Scolastico allerti i docenti prevalenti o i coordinatori di classe in merito all'evidenza del caso.

Tutti i docenti della classe in cui è presente un alunno con ADHD dovrebbero prendere visione della documentazione clinica dell'alunno rilasciata da un servizio specialistico

(caratteristiche del Disturbo, diagnosi e indicazioni di trattamento, suggerimenti psico-educativi).

Gli insegnanti sono invitati a tenere contatti con i genitori del bambino e con gli specialisti che lo seguono, per un opportuno scambio di informazioni e per una gestione condivisa di progetti educativi appositamente studiati.

I docenti, di concerto con gli operatori clinici che gestiscono la diagnosi e cura dell'alunno, dovrebbero a questo punto definire le strategie metodologico-didattiche per favorire un migliore adattamento scolastico e sviluppo emotivo e comportamentale.

Si raccomanda che ciascun insegnante che opera con il bambino abbia cura di attenersi all'utilizzo di tecniche educative e didattiche di documentata efficacia nell'ambito dei disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività (vedi link allegati)

Nel caso sia stata prevista, da parte del servizio specialistico, la presenza dell'insegnante di sostegno, si ribadisce l'opportunità di lavorare costantemente con l'obiettivo di potenziare le condizioni educative e didattiche del gruppo, al fine di integrare l'alunno nel contesto della classe.

In sintesi, si ritiene opportuno che tutti i docenti:

- predispongano l'ambiente nel quale viene inserito lo studente con ADHD in modo tale da ridurre al minimo le fonti di distrazione
- prevedano l'utilizzo di tecniche educative di documentata efficacia (es. aiuti visivi, introduzione di routine, tempi di lavoro brevi o con piccole pause, gratificazioni immediate, procedure di controllo degli antecedenti e conseguenti).

I docenti inoltre dovrebbero avvalersi dei seguenti suggerimenti:

1. Definire con tutti gli studenti poche e chiare regole di comportamento da mantenere all'interno della classe.
2. Concordare con l'alunno piccoli e realistici obiettivi comportamentali e didattici da raggiungere nel giro di qualche settimana.



**Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della
Ricerca**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente,
l'Integrazione, la Partecipazione e la
Comunicazione
Ufficio 6

3. Allenare il bambino ad organizzare il proprio banco in modo da avere solo il materiale necessario per la lezione del momento.
4. Occuparsi stabilmente della corretta scrittura dei compiti sul diario.
5. Incoraggiare l'uso di diagrammi di flusso, tracce, tabelle, parole chiave per favorire l'apprendimento e sviluppare la comunicazione e l'attenzione.
6. Favorire l'uso del computer e di enciclopedie multimediali, vocabolari su CD, ecc.
7. Assicurarsi che, durante l'interrogazione, l'alunno abbia ascoltato e riflettuto sulla domanda e incoraggiare una seconda risposta qualora tenda a rispondere frettolosamente.
8. Organizzare prove scritte suddivise in più parti e invitare lo studente ad effettuare un accurato controllo del proprio compito prima di consegnarlo.
9. Comunicare chiaramente i tempi necessari per l'esecuzione del compito (tenendo conto che l'alunno con ADHD può necessitare di tempi maggiori rispetto alla classe o viceversa può avere l'attitudine di affrettare eccessivamente la conclusione).
10. Valutare gli elaborati scritti in base al contenuto, senza considerare esclusivamente gli errori di distrazione, valorizzando il prodotto e l'impegno piuttosto che la forma.
11. Le prove scritte dovrebbero essere suddivise in più quesiti.
12. Evitare di comminare punizioni mediante: un aumento dei compiti per casa, una riduzione dei tempi di ricreazione e gioco, l'eliminazione dell'attività motoria, la negazione di ricoprire incarichi collettivi nella scuola, l'esclusione dalla partecipazione alle gite.
13. Le gratificazioni devono essere ravvicinate e frequenti.

In merito alla norma sancita dal Decreto Ministeriale 16 gennaio 2009 n° 5 che riguarda **"Criteri e modalità applicative della valutazione del comportamento"** è auspicabile che i docenti considerino i fattori presenti nella diagnosi ADHD prima di procedere alla valutazione dell'alunno/a.

Si sottolinea l'importanza e delicatezza della valutazione periodica del comportamento dell'alunno (voto di condotta). Occorre infatti tenere conto del fatto che il comportamento di un alunno con ADHD è condizionato fortemente dalla presenza dei sintomi del disturbo. Sarebbe pertanto auspicabile che la valutazione delle sue azioni fosse fatta evitando di



**Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della
Ricerca**

Dipartimento per l'Istruzione
Direzione Generale per lo Studente,
l'Integrazione, la Partecipazione e la
Comunicazione
Ufficio 6

attribuire valutazioni negative per comportamenti che sono attribuibili a fattori di tipo neurobiologico.

Sull'intera tematica degli alunni affetti da disturbo ADHD si richiamano le precedenti circolari ministeriali sull'argomento allegate alla presente nota.

Si pregano le SS.LL di voler diffondere le informazioni contenute nella presente circolare presso le istituzioni scolastiche di competenza

Si ringrazia per la collaborazione

F.to Il Dirigente
Antonio Cutolo

Testi utili e scaricabili gratuitamente:

Opuscolo AIDAI con indicazioni per insegnanti

http://www.aidaiassociazione.com/documents/Training_per_Insegnanti.pdf

Strategie per insegnanti AIFA Onlus

<http://www.aifa.it/strategiescolastiche.htm>; <http://www.aifa.it/linkstrumenti.htm>

<http://www.aifa.it/scuolaeadhd.htm>

Linee guida cognitivo-comportamentali

http://www.aidaiassociazione.com/documents/Linee_guida_ADHD.pdf

Elenco Centri Regionali di Riferimento per la Diagnosi e Cura dell'ADHD

<http://www.iss.it/adhd/regi/cont.php?id=222&lang=1&tipo=2>

Decreto 24/04/2007

<http://www.iss.it/adhd/docu/cont.php?id=250&lang=1&tipo=3>

sito della SINPIA

www.sinpia.eu

sito dell'Airipa

www.airipa.it

Milano, 17 aprile 2009

COMUNICATO STAMPA

**MOLTO MENO DI QUELLI PREVISTI I BAMBINI
CON ADHD IN TERAPIA CON PSICOFARMACI**

L'8 marzo 2007, veniva autorizzata l'immissione in commercio dell'atomoxetina e del metilfenidato per il trattamento della sindrome da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Da giugno 2007 è attivo il "Registro Nazionale dell'ADHD nell'età evolutiva" per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali e per la valutazione degli effetti avversi dei due farmaci indicati per il trattamento della sindrome. La prescrizione del farmaco è vincolata alla registrazione del paziente nel Registro Nazionale.

In 20 mesi di attività sono stati iscritti nel registro 1090 pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di atomoxetina (639 pazienti pari al 57% dei registrati) o metilfenidato (451; 43%). Il 40% dei pazienti risiedono in Lombardia, Veneto o Sardegna e un quarto del totale risulta in carico a solo 3 degli 86 Centri di riferimento accreditati dalle Regioni e dalle Province autonome.

Solo il 30% dei pazienti ha ricevuto una terapia psicofarmacologica associata a counseling e ad una terapia cognitivo-comportamentale, come previsto dal protocollo del Registro e dalle linee guida nazionali e internazionali. Interventi di counseling sono stati effettuati al 59% dei pazienti, di parent training al 37% e di child training al 25%.

In 35 pazienti si sono verificati eventi avversi: 8 durante terapia con metilfenidato (1,8% dei casi) e 27 durante terapia con atomoxetina (4,2% dei casi). Per 12 dei 35 pazienti le reazioni sono state giudicate gravi (1 metilfenidato e 11 atomoxetina) ed è stata necessaria la sospensione della terapia. In 3 degli 11 casi in terapia con atomoxetina la reazione avversa è stata l'ideazione suicidaria.

Il Registro si è quindi rivelato uno strumento utile per monitorare l'uso dei farmaci per la terapia dell'ADHD, migliorandone l'appropriatezza e identificando in modo più accurato gli effetti avversi. La temuta (da alcuni) "epidemia" di prescrizioni di psicofarmaci ai bambini italiani con ADHD non si è verificata. Anche la prevalenza dell'ADHD in Italia sembra essere considerevolmente inferiore a quanto descritto in altri Paesi europei. Tuttavia, l'applicazione dell'intero percorso diagnostico e terapeutico riconosciuto come il più appropriato è ancora ampiamente disattesa sull'intero territorio nazionale e rimanda alla necessità di attivare adeguate risorse (umane e organizzative) a livello locale, nell'ambito dei servizi sanitari e sociali preposti alla salute per l'età evolutiva.

Pietro Panai
Dipartimento del Farmaco
Istituto Superiore di Sanità

Maurizio Bonati
Capo, Dipartimento Salute Pubblica
IRFMM Milano

NR/166



S . I . N P . I . A .
SOCIETÀ ITALIANA DI NEURO-PSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
Italian Society of Child and Adolescent Neuro-Psychiatry

STATEMENT DELLA SINPIA SUL DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ha redatto e approvato da tempo due Linee Guida¹ sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) ed ha analogamente espresso il proprio parere relativamente all'utilizzo degli psicofarmaci in età evolutiva². Negli ultimi mesi si è determinata una situazione di particolare allarme in seguito a notizie diffuse sui mass-media ed attraverso opuscoli distribuiti in tutta Italia sull'ADHD.

Per questo la SINPIA ritiene fondamentale riassumere i punti salienti di tali documenti e la propria posizione in merito alla doverosa presa in carico dei bambini e adolescenti con ADHD e delle loro famiglie.

Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva. La prevalenza del disturbo è stimata tra il 3-5 % della popolazione in età scolare; quella delle forme particolarmente gravi (*Disturbo Ipercinetico* della classificazione ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS/WHO) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. I dati italiani parlano di meno del 2% della popolazione in età scolare. Il disturbo è caratterizzato da una serie di sintomi ben definiti, che sono l'iperattività motoria, l'impulsività e l'inattenzione. Per poter parlare di ADHD però non solo i sintomi devono essere gravi, ma devono essere presenti in più ambienti di vita contemporaneamente (non solo a scuola, ma con gli amici, da solo, a casa ecc) e soprattutto interferire significativamente con le normali attività e relazioni del bambino peggiorando significativamente la sua qualità di vita. L'ADHD può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino predisponendolo ad una patologia psichiatrica o ad una condizione di disagio sociale. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. L'espressione sintomatologica è spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.

In accordo con quanto formulato dalla Conferenza di Consenso nazionale svoltasi nel 2003 a Cagliari, organizzata dal Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano a cui hanno partecipato tutti i rappresentanti delle Società scientifiche interessate, delle associazioni dei genitori e dei servizi preposti alla presa in carico dei pazienti con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva, il percorso diagnostico - terapeutico per l'ADHD dovrebbe delinearsi secondo i seguenti punti:

¹ Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva e Linee guida del trattamento cognitivo comportamentale dei disturbi da deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD), entrambe approvate nel 2002 e reperibili su www.sinpia.eu nella sezione linee guida

² La Terapia farmacologica in Neuropsichiatria Infantile, approvato nel dicembre 2005, reperibili su www.sinpia.eu nella sezione documenti-documenti approvati dal Consiglio Direttivo

1. La **diagnosi** di ADHD deve basarsi su classificazioni internazionali riconosciute (DSM-IV, ICD-10) con una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. Già a partire dal percorso diagnostico è essenziale la partecipazione-comunicazione del pediatra di famiglia referente per la salute del bambino. La compilazione da parte dei genitori e/o degli insegnanti di questionari di qualunque tipo non è sufficiente per fare diagnosi, mentre può essere utile per chiedere in modo più mirato un parere ad uno specialista.
2. La **terapia** dell'ADHD ha lo scopo di migliorare il benessere globale (la salute) dell'utente, supportando da un lato l'ambiente a modificarsi per meglio rispondere alle necessità del bambino, e dall'altro il bambino nello sviluppo di strategie che gli permettano di aggirare il problema. Include innanzitutto interventi non farmacologici, ed in alcuni casi interventi farmacologici. Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. I genitori devono essere informati, in modo comprensibile ed esaustivo, della natura del disturbo e delle specifiche modalità educative, delle diverse strategie terapeutiche possibili, dei Centri di riferimento per la malattia e delle Associazioni delle famiglie. L'ADHD deve essere considerato come una malattia cronica con picco di prevalenza in età scolare.
3. Gli **interventi non-farmacologici** includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta. Sono particolarmente opportuni in presenza di disturbi dell'apprendimento e di disturbi d'ansia. In particolare devono tendere a: migliorare le relazioni interpersonali con genitori, fratelli, insegnanti e coetanei; diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati; migliorare le capacità di apprendimento scolastico; aumentare le autonomie e l'autostima; migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.
4. L'eventuale **intervento farmacologico** dovrà essere intrapreso solo se indicato da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale e tenuto conto degli aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Tale intervento va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo, evidenziando chiaramente come si tratti di un ausilio agli sforzi intrapresi e non di una soluzione "automatica" dei problemi, con attenta valutazione delle implicazioni psicologiche della somministrazione del farmaco. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali. Gli psicostimolanti (e il metilfenidato in particolare) sono i farmaci di prima scelta quale parte di un piano multimodale di trattamento per bambini con forme gravi e invalidanti di ADHD. Dopo aver considerato le possibili controindicazioni, gli effetti desiderati e le possibili alternative farmacologiche, la terapia farmacologica deve essere iniziata dal neuropsichiatra infantile dopo aver valutato tutte le informazioni disponibili e sentiti gli altri operatori sanitari e sociali (psicologo, pediatra di famiglia, assistente sociale, etc.) che si prendono cura della salute del bambino e della sua famiglia.

Alla luce di quanto esposto, la presa in carico dei bambini e ragazzi con ADHD e delle loro famiglie richiede quindi la disponibilità di una rete di servizi che siano in grado di erogare quanto necessario dal punto di vista non farmacologico e farmacologico.

L'intero percorso di inquadramento diagnostico e tutti i trattamenti non farmacologici e farmacologici andrebbero effettuati all'interno dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in stretto raccordo e coordinamento con scuola, pediatria di base, famiglie e agenzie del territorio. Il carico di lavoro necessario per valutare e seguire in modo adeguato i bambini e i ragazzi con ADHD è consistente (circa 13 ore per la diagnosi, e almeno 15 ore/anno per la presa in carico di base, senza considerare eventuali interventi riabilitativi) e richiede una formazione e strumenti specifici, che devono poter essere garantiti.

Per garantire un corretto approccio e un percorso diagnostico-terapeutico "protetto", a tutela del paziente e della sua famiglia, è stato strutturato dalle Autorità regolatorie italiane il Registro Nazionale dell'ADHD³, che ha rappresentato un passaggio essenziale del percorso per la reintroduzione controllata del Metilfenidato in Italia, conclusosi con provvedimento AIFA del marzo 2007. Nello stesso percorso si collocano ora anche gli altri farmaci per il trattamento dell'ADHD, come l'Atomoxetina, introdotta in Italia per mutuo riconoscimento dallo stesso provvedimento AIFA. Il protocollo e le procedure operative del Registro vincolano la prescrizione dei farmaci per il trattamento dell'ADHD in età pediatrica alla predisposizione di un piano terapeutico semestrale da parte di un Centro di riferimento, a cui la ristretta quota di piccoli pazienti che hanno necessità di associare un trattamento farmacologico a quello non farmacologico dovrebbero essere inviati dai servizi territoriali di NPIA che li hanno in carico. Il protocollo e le procedure operative del Registro sono stati presentati e discussi con tutti i rappresentanti dei Centri di riferimento nazionali componenti la rete di sorveglianza, con le società scientifiche (Società Italiana di Pediatria, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Associazione Culturale Pediatri, Federazione Italiana Medici Pediatri, Centro per la Salute del Bambino), le Associazioni (Associazione Italiana Famiglie ADHD, Movimento "Giulemanidaibambini", Associazione Italiana Disturbo dell'Attenzione e Iperattività).

Per struttura e modalità operative, il Registro rappresenta uno strumento unico a livello internazionale, in grado di garantire ai bambini e agli adolescenti con ADHD (e alle rispettive famiglie) un percorso diagnostico e terapeutico basato sulle evidenze, unitamente al monitoraggio e alla valutazione dell'assistenza prestata.

E' evidente che l'esistenza di una adeguata rete di servizi di NPIA che garantisca la presa in carico dei ragazzi con ADHD in raccordo con scuola e pediatri di base, rappresenta unitamente al Registro la miglior tutela contro il rischio di abuso di trattamenti farmacologici e di uso strumentale del sospetto diagnostico di ADHD.

Nella pratica purtroppo si rileva che quanto è necessario per una adeguata e monitorata presa in carico dei bambini con ADHD e delle loro famiglie non è realmente ed equamente disponibile nella realtà italiana.

La situazione dei servizi di NPIA è spesso molto critica, poiché nonostante diversi richiami normativi nazionali e regionali ad un modello integrato e completo, sia in termini di professionalità (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc) sia in termini di strutture (polo territoriale, polo ospedaliero, comunità terapeutiche, servizi semiresidenziali ecc), la situazione reale risulta essere estremamente variabile da una Regione all'altra e a volte addirittura tra aree diverse della stessa Regione, con livelli di disomogeneità di risorse a disposizione e di interventi conseguentemente erogati davvero notevoli, che

³ www.iss.it/binary/adhd/cont/ADHD%20uso%20razionale%20dei%20farmaci.1166700771.pdf

lasciano alla sensibilità di singoli amministratori locali scelte che dovrebbero invece essere di scenario.

Da quanto sopra specificato appare necessario che gli enti di governo sia nazionali che locali attivino strategie per garantire una reale ed adeguata rete di servizi di NPJA che includa i servizi territoriali, i Centri di riferimento per l'ADHD e tutto quanto necessario per il funzionamento del Registro Nazionale dell'ADHD, onde permettere non solo la corretta declinazione del percorso di presa in carico dei bambini e degli adolescenti con ADHD in stretto contatto con la scuola e i servizi sanitari di base, ma anche il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza degli interventi organizzativi multiprofessionali, a tutela dei diritti dei pazienti e delle loro famiglie.

27 aprile 2007

Lebenslauf:

Ausbildung

2008-2009	Erasmus an der Università degli Studi di Firenze, Scienze della Formazione
2006-2007	Lehrgang zur diplomierten ADHS-Therapeutin auf der Aus- und Fortbildungsakademie zu Entwicklungsstörungen und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter, <i>Qualitätszirkel Legasthenie</i> , Abschluss 06/2007 mit Zertifikat
Seit 2001	Studium Pädagogik an der Universität Wien
1998-2002	Studium an der <i>Pädagogischen Akademie des Bundes in Wien</i> für das Lehramt an Volksschulen, Abschluss 06/2002 mit Diplomprüfung <u>Schwerpunkte:</u> Musikerziehung, Werkerziehung (technischer Bereich), Reformpädagogik und Integrative Pädagogik <u>Zusatzqualifikation:</u> Englisch ab der Grundstufe I
1996-1998	Studium der Psychologie mit Wahlfach Pädagogik an der <i>Universität Wien</i>
1992-1996	Oberstufenrealgymnasium <i>Hegelgasse 14</i> , Bildnerischer Zweig, Matura

Berufliche Tätigkeit

1988-1992 Unterstufe des Gymnasiums der *Neulandschulen* in Wien Grinzing

1984-1988 Volksschule in *Waizenkirchen*, Oberösterreich

2008 **Tutorin** bei Dr. Martin Steger, „philosophische Methoden I und II“, Universität Wien, Bildungswissenschaften

Seit 2003 **Kongressmitarbeiterin** im *Austria Center Vienna* (ACV), **Brandwächter**, **Floormanager** bei diversen internationalen Kongressen u.a. beim ECR 2011
Langjährige Kongresserfahrung auch bei MCI und Kongressen der Universität Wien

2002 Betreuung eines autistischen Kindes

2001-2002 Ehrenamtliche Mitarbeit im *St. Anna Kinderspital* (als „Gelbe Tante“)

Praktika

2004-2006 Zweijähriges Praktikum als **therapeutische Begleiterin** am Institut für Erziehungshilfe Wien (*Child-Guidance-Clinic*) unter Supervision

07/2000 Betreuerin im *Jungscharlager Kärnten*

Weiterbildung

06/2004	Arbeitstagung „Die Sexualität des Kindes“ der <i>Child Guidance Clinic</i> am Institut für Erziehungshilfe Wien
09/2000	NLP –Einführungsseminar E00104 mit Erfolg teilgenommen
	Spezialseminar „Erfolgreich Lernen und Lehren mit NLP“ mit Erfolg teilgenommen

Publikationen

10/2008	Artikel: „ADHS – Therapieansatz aus der Sicht des Therapeuten“ gemeinsam mit Birgitt Macho im „Hausarzt“ (Die Zeitschrift für niedergelassene AllgemeinärztInnen)
---------	---

Besondere Kenntnisse & Interessen

Sprachen	Englisch (in Wort und Schrift)
	Italienisch (in Wort und Schrift)
Sport	Fechten (Florett & Degen), Mitglied der <i>Fechtunion Mödling</i>
	Geräte- und Bodenturnen
Seit 2006	Gründungsmitglied einer philosophischen Diskussionsgruppe
Instrumente	Gitarre, Klavier, Blockflöte

