

Rösler, Retz, von Gontard, Paulus (Hrsg.)

Soziale Folgen der ADHS

Kinder – Jugendliche – Erwachsene

Rösler, Retz, von Gontard, Paulus (Hrsg.)

Soziale Folgen der ADHS

Kinder – Jugendliche – Erwachsene

Kohlhammer

Kohlhammer

Michael Rösler, Wolfgang Retz, Alexander von
Gontard, Frank Paulus (Hrsg.)

Soziale Folgen der ADHS Kinder – Jugendliche – Erwachsene

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten
© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher
Gesamtherstellung:
W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Print:
ISBN 978-3-17-021699-0

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-025546-3
epub: ISBN 978-3-17-025547-0
mobi: ISBN 978-3-17-025548-7

Inhaltsverzeichnis

Autorenverzeichnis

I ADHS und soziale Entwicklung

- 1 Die Auswirkungen der Erziehung auf die sozialen Kompetenzen bei Kindern mit ADHS

Susann Hänig

- 2 Soziale Folgen der ADHS im Vorschulalter

Alexander von Gontard

- 3 Soziale Folgen der ADHS im Erwachsenenalter

Wolfgang Retz

II ADHS in verschiedenen Lebensfeldern

- 4 ADHS-Betroffene an der Schwelle zum Beruf am Beispiel einer beruflichen Rehabilitationseinrichtung

Hans-Dieter Feind, Wilfried Götzmann und Bärbel Rodemer

- 5 ADHS des Erwachsenenalters und interpersonelle Fähigkeiten

Barbara Alm und Esther Sobanski

- 6 ADHS und Sucht im Kindes- und Jugendalter

Silke Diestelkamp, Anneke Aden und Rainer Thomasius

- 7 Der ADHS-Patient als Teilnehmer im Straßenverkehr: Auswirkungen von Methylphenidat auf die verkehrsrelevanten Leistungsfunktionen

Peter Strohbeck-Kuehner, Danica Sabljic, Barbara Alm, Gisela Skopp, Claudia Baehr, Andrea Dettling und Esther Sobanski

- 8 ADHS und kindlicher sexueller Missbrauch

Petra Retz-Junginger und Anne-Katrin Koch

9 Computerspielabhängigkeit und ADHS

Frank W. Paulus

10 Versicherungs- und dienstrechtliche Konsequenzen bei ADHS

Götz-Erik Trott

11 ADHS und Delinquenz

Michael Rösler

12 Die Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bei Erwachsenen mit ADHS

Michael Rösler

III Spezielle therapeutische Aspekte

13 ADHS erfolgreich mit Methylphenidat behandeln: entwicklungsorientierte Betrachtung am Tiermodell, Pharmakogenetik und Besonderheiten bei der klinischen Anwendung

Aribert Rothenberger, Björn Albrecht, Andres Becker, Nathalie Bock, Veit Roessner und Henrik Uebel

14 Multimodale Therapie bei adulter ADHS: besser als Monotherapie?

Alexandra Philipsen

15 Indikation zur Psychotherapie bei Erwachsenen mit ADHS

Rolf-Dieter Stieglitz und Jacqueline Buchli-Kammermann

16 Therapeutisches Vorgehen bei ADHS und komorbiden Suchterkrankungen

Andreas J. Fallgatter

17 Behandlungsmotivation und Kooperation bei Kindern mit ADHS: Probleme und Lösungsansätze

Frank W. Paulus

18 ADHS – psychosoziale Interventionen jenseits der
Gesundheitshilfe

Bernd Janthur

Stichwortverzeichnis

Autorenverzeichnis

Dr. med. Anneke Aden
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters – Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. rer. nat. Björn Albrecht
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen

Dr. med. Barbara Alm
Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit Mannheim
J5
68159 Mannheim

Claudia Baehr
Rechtsmedizin u. Verkehrsmedizin –
Universität Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 4040
69115 Heidelberg

Dr. rer. nat. Andreas Becker
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen

PD Dr. med. Nathalie Bock
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie Wichernstift
Oldenburger Straße 333
27777 Ganderkesee

M. Sc. Jacqueline Buchli-Kammermann
Universitäre Psychiatrische
Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
4912 Basel

PD Dr. med. Andrea Dettling
Rechtsmedizin u. Verkehrsmedizin –
Universität Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 4040
69115 Heidelberg

Dipl.-Psych. Silke Diestelkamp
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters –
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universität Tübingen
Osianderstr. 24
72076 Tübingen

Dipl.-Psych. Hans-Dieter Feind
CJD Homburg
Einöder Straße 80
66424 Homburg

Prof. Dr. Alexander von Gontard
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg

Dipl.-Psych. Wilfried Götzmann
Psychologischer Psychotherapeut
CJD Homburg
Einöder Straße 80
66424 Homburg

Dipl.-Psych. Susann Hänig
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg

Dr. med. Bernd Janthur
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Kelkelstraße 1
D-66763 Dillingen

Ann-Kathrin Koch
Institut für Gerichtliche Psychologie und
Psychiatrie der Universität des Saarlandes –
Neurozentrum
Uni Campus – Geb. 90.3
66424 Homburg

Dr. phil. Dipl.-Psych. Frank W. Paulus
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg/Saar

Prof. Dr. med. Alexandra Philipsen
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie
Hauptstrasse 5
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Wolfgang Retz
Institut für Gerichtliche Psychologie
und Psychiatrie der Universität
des Saarlandes – Neurozentrum
Uni Campus – Geb. 90.1
66421 Homburg

PD Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Petra Retz-Junginger
Institut für Gerichtliche Psychologie und
Psychiatrie der Universität des Saarlandes –
Neurozentrum
Uni Campus – Geb. 90.3
66421 Homburg

Dr. med. Bärbel Rodemer
CJD Homburg
Einöder Straße 80
66424 Homburg

Prof. Dr. med. Michael Rösler
Institut für Gerichtliche Psychologie und
Psychiatrie der Universität des Saarlandes –
Neurozentrum
Uni Campus – Geb. 90.3
66421 Homburg/Saar

Prof. Dr. med. Veit Rößner
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Schubertstraße 42
01307 Dresden

Prof. Dr. med. Aribert Rothenberger
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen

Dipl.-Psych. Danica Sabljic
Rechtsmedizin u. Verkehrsmedizin –
Universität Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 4040
69115 Heidelberg

Prof. Dr.rer.nat Gisela Skopp
Rechtsmedizin u. Verkehrsmedizin –
Universität Heidelberg
Voßstraße 2, Geb. 4040
69115 Heidelberg

PD Dr. med. Esther Sobanski
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim
J5
68159 Mannheim

Prof. Dr. rer. nat. Rolf-Dieter Stieglitz
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4912 Basel

Dr.sc.hum., Dipl.-Psych. Peter Strohbeck-
Kuehner
Rechtsmedizin u. Verkehrsmedizin –
Universität Heidelberg

Voßstraße 2, Geb. 4040
69115 Heidelberg

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters –
Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Luitpoldstraße 2–4
63739 Aschaffenburg

Dr. med. Henrik Uebel
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Str. 5
37075 Göttingen

I ADHS und soziale Entwicklung

1 Die Auswirkungen der Erziehung auf die sozialen Kompetenzen bei Kindern mit ADHS

Susann Hänig

1.1 Erziehung

In der Erzieherfunktion setzen Eltern mehr oder weniger bewusst instrumentelle Handlungen ein, die auf der einen Seite zur Ausbildung erwünschter und auf der anderen Seite zur Vermeidung unerwünschter Verhaltensweisen beim Kind dienen sollen (Fuhrer 2005). Die Forschung zu entwicklungsförderlichem oder entwicklungsnachteiligem Erziehungsverhalten von Eltern geht auf bedeutende Arbeiten von Baumrind (1967), Lewis (1981) und Maccoby und Martin (1983) zurück. Sie unterscheiden zwischen vier Erziehungsstilen, die sich durch die Grunddimensionen Zuwendung bzw. Unterstützung einerseits und Lenkung bzw. Kontrolle andererseits ergeben (Fuhrer 2005, ► [Abb. 1.1](#)).

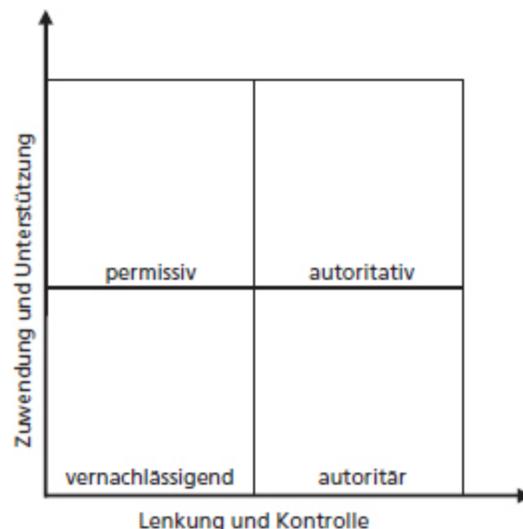


Abb. 1.1: Dimensionen der Erziehung

Der *autoritative Erziehungsstil* zeichnet sich durch ein relatives Gleichgewicht beider Grunddimensionen aus. Die Eltern stellen dabei Anforderungen an das Kind und bestehen auch auf die Einhaltung dieser Regeln. Dabei wird das Kind jedoch in höchstem Maße unterstützt und zur Autonomie ermutigt.

Der *autoritäre Erziehungsstil* ist eher durch eine rigide Kontrolle des kindlichen Verhaltens gekennzeichnet. Dabei nehmen die Eltern eine gewisse Machtposition ein, bei der auf die Einhaltung von vorgegebenen Regeln beharrt und diese mit Hilfe auch zum Teil massiver Strafen durchgesetzt wird.

Der *permissive Erziehungsstil* ist durch wenig Kontrolle und Bestrafungen gekennzeichnet. Die Erziehenden zeichnen sich durch hohe Toleranz und Akzeptanz des kindlichen Verhaltens aus.

Beim *vernachlässigenden Erziehungsstil* verhalten sich die Eltern eher zurückweisend und nicht kontrollierend. Das Ausmaß, in dem sich die Eltern für das Kind verpflichtet fühlen, ist sehr gering, sie investieren nur minimale Kosten an Zeit und Anstrengungen in das Kind und sind sehr stark distanziert.

Zahlreiche Arbeiten haben diese vier Erziehungsstile mit positiver und negativer kindlicher Entwicklung in Beziehung gesetzt. Dabei scheint der autoritative Erziehungsstil für die kindliche Entwicklung gegenüber den anderen Stilen überlegen zu sein (vergleiche insbesondere Baumrind 1989). Pettit et al. (1997) stellten darüber hinaus fest, dass sich Faktoren des autoritativen Erziehungsstils bei Risikofamilien protektiv auf die Herausbildung externalisierender Verhaltensauffälligkeiten auswirken.

1.1.1 Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten der Mutter

Studien an Müttern mit Kinder, die externalisierende Verhaltensweisen aufweisen, konnten belegen, dass die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt ist. Das mütterliche Verhalten im Umgang mit hyperaktiven oder oppositionellen Kindern zeichnet sich meist durch wenig Feinfühligkeit aus (Johnston et al.

2002). Andere Studien konnten mittels Videoaufnahmen die Mutter-Kind-Interaktion genauer untersuchen und fanden heraus, dass sich im Vergleich zu Müttern mit unauffälligen Kindern, die Mütter in der Interaktion mit ihren hyperkinetischen Kindern restriktiver, abwertender und weniger angemessen zeigten (Trautmann-Villalba et al. 2001), bzw. sich die Interaktionen durch eine höhere Restriktivität und vermehrte Negativität auszeichnen (Polowczyk et al. 2000). Die Mütter scheinen weniger Interesse an den kindlichen Aktivitäten zu haben (Brophy & Dunn, 2002) und der Alltag ist durch wenig positive Interaktionen und wenig persönliche Zuwendung gekennzeichnet (Schreyer & Hampel 2009). Die Mütter von Kindern mit ADHS reagieren zum einen stärker kontrollierend und strafend und zum anderen weniger belohnend gegenüber ihren Kindern als die Mütter unauffälliger Kinder (Johnston & Mash 2001). Das Erziehungsverhalten ist insgesamt charakterisiert durch häufige Inkonsequenz und niedrige Leistungserwartung (Döpfner et al. 2002).

1.1.2 Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten des Kindes

Auf der anderen Seite konnte in einer Studie von Trautmann-Villalba et al. (2001) nachgewiesen werden, dass sich Kinder mit externalisierenden Auffälligkeiten in der Interaktion mit ihren Müttern impulsiver und unaufmerksamer aber auch abwertender verhalten. Sie konnten sich meist weniger durchsetzen und zeigten sich weniger hilflos als unauffällige Kinder. Darüber hinaus geht zunehmende Hyperaktivität einher mit mangelnder und negativer Kontingenz, d. h. keinen oder negativen Reaktionen auf das mütterliche Verhalten und oppositionellem, aggressivem und provokantem Verhalten des Kindes (Polowczyk et al. 2000). Zudem wurden häufiger Wutausbrüche beobachtet und die Kinder waren weniger leistungsorientiert.

1.2 Interaktionsmodelle

1.2.1 Das Modell der erzwingenden Interaktion nach Patterson

Dieser wechselseitige Einfluss von aversivem Verhalten des Kindes und ablehnendem und restriktivem Verhalten der Mutter ist meist ausschlaggebend für die Herausbildung und vor allem auch für die Aufrechterhaltung externalisierender Symptome. Das bedeutet: Externalisierende Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes bedingen oft restriktive Erziehungsmaßnahmen, welche wiederum oppositionelle Verhaltensweisen des Kindes verstärken. Dieses Beziehungsmuster wird von Patterson (1982) als *erzwingende Interaktion* (engl. coercive cycle) bezeichnet.

Inhalt dieser Theorie ist die Zusammenfassung der Ergebnisse umfassender Beobachtungsstudien von Interaktionsprozessen in Familien mit external verhaltensauffälligen Kindern. In diesen Familien scheint demnach oft ein Interaktionsmuster vorzuherrschen, in welchem sich Eltern und Kinder durch den Prozess der negativen Verstärkung gegenseitig unter Druck setzen. Beim coerciven Verhalten ist die Interaktion besonders in Anforderungssituationen dadurch geprägt, dass beide Seiten sich gegenseitig durch Bestrafung zum gewünschten Verhalten zwingen wollen. Das Kind verhält sich seinen Eltern gegenüber solange aversiv (z. B. durch Quengeln oder Trotzen), bis diese ihre Anforderung an das Kind aufgeben. Umgekehrt neigen die Eltern dazu, solange zu drohen und zu strafen, bis das Kind nachgibt (Polowczyk et al. 2000).

Im weiteren Verlauf überträgt das Kind diese gelernten Beeinflussungstechniken auch auf andere soziale Kontexte (Petermann & Petermann 2008). Es hat gelernt, dass man durch aversives Verhalten die eigenen Ziele durchsetzen kann. In einer längsschnittlich angelegten Studie konnte gezeigt werden, dass solche erzwingenden Interaktionsmuster in der frühen Kindheit spätere Verhaltensstörungen vorhersagen können (vgl. McCord 1995).

1.2.2 Das Interaktionsmodell nach Barkley

Eine ähnliche Modellvorstellung der Interaktionen ist die von Barkley (1981). Dieses Modell wird noch heute von zahlreichen Autoren wie

auch Döpfner und Kollegen (2002) aufgegriffen, um zu verdeutlichen, wie sich Verhaltensauffälligkeiten von hyperkinetischen Kindern durch eine negative Eltern-Kind-Interaktion verstärken können (► [Abb. 1.2](#)).

Den Aufforderungen der Eltern wird, oft auch störungsbedingt, nur selten von Seiten des Kindes Beachtung geschenkt. Sollte das Kind aber der Aufforderung Folge leistet, beachten viele Eltern dies nicht, da sie es für selbstverständlich erachten oder sie wenden sich nun endlich den Tätigkeiten zu, denen sie sich durch die vermehrten Auseinandersetzungen mit dem Kind sonst nicht widmen können.

Das Nichtbefolgen der Aufforderungen andererseits führt dazu, dass die Eltern diese wiederholen. Die meisten Eltern tun dies nicht nur einmal, sondern mehrfach in Folge. Die Wahrscheinlichkeit aber, dass das Kind dieser Aufforderung auch weiterhin nicht nachkommt, ist eben bei Kindern mit ADHS besonders hoch. Für das Kind bedeutet dies aber auch, dass es sich durch aversives Verhalten der Aufmerksamkeit der Eltern gewiss sein kann; auch wenn es negative Aufmerksamkeit ist. Sollte das Kind nun doch der Aufforderung Folge leisten, wenden sich die meisten Eltern wiederum nicht dem Kind zu, sondern anderen Tätigkeiten. Eventuell wird dieses doch löbliche Verhalten des Kindes von Seiten der Eltern noch mit den Worten »Warum nicht gleich so?« oder »Es geht doch!« begleitet. Eine weitere Möglichkeit für die Eltern besteht darin, dem Verhalten des Kindes nachzugeben und dem Befolgen der Aufforderung nicht weiter nachzugehen.

Sollte nun aber auch das mehrfache Wiederholen der Aufforderung nicht fruchten, beginnen die meisten Eltern damit, dem Kind Strafen anzudrohen. Auch hier lenken nur wenige Kinder ein, so dass die Eltern in einen erneuten Kreislauf, nun der Drohungen, verfallen. Wenn nun auch das wiederholte Androhen von Strafen nicht den gewünschten Erfolg zeigt, sind die Eltern meist ratlos. An dieser Stelle bleibt für die meisten Eltern nur noch der Ausweg, dem aversiven Verhalten des Kindes nachzugeben

externalisierenden Auffälligkeiten in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt sind. Die Frage nach der Richtung des kausalen Einflusses verschiedener Erziehungsverhaltensweisen lässt sich anhand der vorliegenden Studienergebnisse jedoch nicht beantworten. Längsschnittstudien sind demnach notwendig, um die Frage nach der kausalen Wirkungsrichtung prüfen zu können und die komplexe Interaktion innerhalb der Eltern-Kind-Beziehung genauer zu beschreiben.

Barkley und Kollegen (1985) konnten nachweisen, dass Mütter hyperkinetischer Kinder ihr Interaktionsverhalten änderten, wenn ihre Kinder sich (in Folge medikamentöser Therapie) weniger hyperkinetisch verhielten. Eine weitere Längsschnittstudie, die dem wechselseitigen Einfluss von externalisierenden Auffälligkeiten und elterlichem Erziehungsverhalten nachging, zeigte, dass externalisierende Symptome elterliches Erziehungsverhalten stärker beeinflussen als dass sich Erziehungsverhalten auf externalisierendes Verhalten auswirkt (Burke et al. 2008). Auch die Mannheimer Risikokinderstudie von Laucht und Kollegen (2000) prüfte den Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die Herausbildung externalisierender Auffälligkeiten. Die Ergebnisse zeigten, dass Achtjährige, deren Mütter im Säuglingsalter wenig liebevoll mit ihnen kommunizierten, signifikant mehr externe Verhaltensprobleme als gleichaltrige Vergleichskinder zeigten. Jedoch nur dann, wenn auch die Kinder ein schwieriges Temperament hatten. Allerdings waren weder das schwierige Temperament des Kindes noch die geringe Feinfühligkeit der Mutter für sich allein ausreichend, um die Entwicklung einer externalisierenden Symptomatik zu erklären.

Kaiser und Kollegen (2010) wählten eine andere Herangehensweise an das Problem der Kausalität. Sie untersuchten drei mögliche Modelle wie das Erziehungsverhalten der Eltern und die ADHS des Kindes zusammenwirken und wie diese die sozialen Probleme der Kinder



Abb. 1.3: Haupteffektmodell

vorhersagen können. Im ersten Modell, dem Haupteffektmodell (► **Abb. 1.3**) wird angenommen, dass die ADHS des Kindes und das Erziehungsverhalten der Eltern unabhängige und additive Effekte auf die sozialen Kompetenzen der Kinder haben. Dieses Modell spiegelt die bisherigen Forschungsvorhaben wieder, die getrennt voneinander einerseits die Auswirkungen der ADHS des Kindes auf dessen soziale Fertigkeiten und andererseits die Auswirkungen des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die sozialen Kompetenzen des Kindes untersucht haben.

Innerhalb des zweiten Modells (► **Abb. 1.4**) wird angenommen, dass das elterliche Erziehungsverhalten als Mediator zwischen der ADHS des Kindes und dessen sozialen Fertigkeiten fungiert. Wie die Studienergebnisse zum Interaktionsverhalten von Mutter und Kind gezeigt haben, scheinen Eltern von Kindern mit ADHS einem erhöhten Stress ausgesetzt zu sein, was sich wiederum in einer negativen Eltern-Kind-Interaktion zeigen könnte und ineffektives Erziehungsverhalten mit sich bringt. Wenn dies der Fall ist, sollten mit steigender Schwere der ADHS-Symptomatik des Kindes die elterlichen Erziehungskompetenzen sinken (d. h. weniger positives und mehr negatives Erziehungsverhalten). Dies geht dann wiederum mit



Abb. 1.4: Mediationsmodell

weniger sozialen Kompetenzen des Kindes einher.

Innerhalb des dritten Modells (► **Abb. 1.5**) wird angenommen, dass die Auswirkungen des elterlichen Erziehungsverhaltens auf die sozialen Kompetenzen des Kindes von der Schwere der ADHS-Symptomatik des Kindes abhängen könnten. Dies würde einerseits bedeuten, dass die Effekte des Erziehungsverhaltens bei Kindern mit einer schwereren ADHS-Symptomatik größer wären. Es könnte aber auch genau das Gegenteil der Fall sein, dass die Effekte des Erziehungsverhaltens bei einer leichteren ADHS-Symptomatik des Kindes größer sind, da sie bei einer schweren

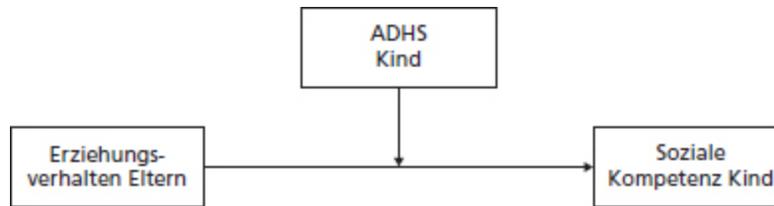


Abb. 1.5: Moderationsmodell

ADHS-Symptomatik nicht mehr zum Tragen kommen.

Bei der Überprüfung des ersten Modells konnte festgestellt werden, dass beides, die Schwere der ADHS des Kindes und das elterliche Erziehungsverhalten signifikant mit den sozialen Kompetenzen assoziiert sind. Je schwerer die ADHS-Symptomatik des Kindes, desto niedriger waren dessen soziale Kompetenzen. Je positiver und weniger negativ das elterliche Erziehungsverhalten ist, desto sozial kompetenter sind die Kinder.

Die Überprüfung des zweiten Modells führte zu folgenden Ergebnissen: Das mütterliche und väterliche negative Erziehungsverhalten fungiert signifikant als Mediator zwischen der ADHS-Symptomatik des Kindes und dessen sozialen Kompetenzen. Bei den positiven Aspekten des Erziehungsverhaltens zeigte sich nur das väterliche als signifikanter Mediator. Diese Mediatoreffekte waren für das negative Erziehungsverhalten stärker als für positives Erziehungsverhalten und am stärksten für mütterliches negatives Erziehungsverhalten.

Für das dritte Modell ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge.

1.3 Zusammenfassung

Der autoritative Erziehungsstil scheint gegenüber den anderen drei Erziehungsstilen (autoritär, permissiv und vernachlässigend) die kindliche Entwicklung am Besten zu unterstützen. Nicht nur Kinder mit Problemverhalten, sondern alle Kinder scheinen von einer klaren, regelgeleiteten aber auch herzlichen und autonomiefördernden Umgebung zu profitieren. Bei Familien mit verhaltensauffälligen

Kindern ist aber gerade dies seltener anzutreffen. Das Interaktionsverhalten weist auf Seiten der Mutter, wie auch auf Seiten des Kindes, Besonderheiten auf. So zeigen sich Mütter gegenüber ihren hyperaktiven Kinder meist restriktiver und abwertender (Trautmann-Villalba et al. 2001) als Mütter gesunder Kinder. Ganz allgemein ist das Interaktionsverhalten von Seiten dieser Mütter weniger positiv (Schreyer & Hampel 2009) und mehr strafend (Johnston & Mash 2001). Aber auch die Kinder mit externalen Verhaltensauffälligkeiten zeigen Besonderheiten in der Interaktion mit ihren Müttern. Sie verhalten sich oppositioneller, aggressiver und provokanter (Polowczyk et al., 2000) als ihre unauffälligen Altersgenossen. Jedoch bleibt bei all diesen Studienergebnissen die Frage nach dem kausalen Zusammenhang unbeantwortet. Interaktion ist ein wechselseitiger Prozess, der nicht nur einseitig betrachtet werden kann. Verschiedene Autoren haben versucht diese Wechselseitigkeit der elterlichen und kindlichen Interaktion in Modellen abzubilden. Patterson (1989) geht hierbei von einem coersiven Prozess aus, bei dem sich die Beteiligten durch Bestrafung zum jeweils gewünschten Verhalten zwingen wollen. Auch Döpfner und Kollegen (2002) greifen auf Basis der Vorstellungen von Barkley dieses Verhalten in ihrem Interaktionsmodell auf. Beiden gemein ist das Resultat, dass sich die problematischen Verhaltensweisen des Kindes eher verstärken, das das Kind am Modell der Eltern lernt und diese Verhaltensweisen auch in anderen Kontexten einsetzen wird. Die in diesen Modellen abgebildete Wechselseitigkeit wurde in verschiedenen längsschnittlich angelegten Studien näher untersucht. Weder geringere Erziehungskompetenzen der Mütter noch erhöhte Verhaltensauffälligkeiten eines Säuglings scheinen für sich genommen auszureichen, um spätere externalisierende Probleme zu erklären (Laucht et al. 2000). Positive Erziehung führt zu höheren sozialen Kompetenzen und niedrigerem aggressiven Verhalten bei Kindern mit ADHS. Neben diesem direkten Einfluss der Erziehung, lassen sich jedoch Mediatoreffekte ausmachen. Die Stärke der ADHS-Symptomatik des Kindes hat hierbei einen Einfluss auf die erzieherischen Kompetenzen der Eltern. Je stärker die Symptomatik, desto weniger ist es den Eltern möglich eine positive Erziehung zu gestalten (Kaiser et al. 2010).

Es müssten jedoch noch viele weitere Einflussvariablen Beachtung finden. Beispielweise sind Mütter mit external auffälligen Kindern nicht selten ebenfalls von der Symptomatik betroffen, was wiederum einen Einfluss auf die erzieherischen Kompetenzen dieser Mütter hat. Innerhalb klinischer Studien ist die Komplexität dieses Themas daher nur sehr schwer abbildbar.

Literatur

- Barkley RA (1981) *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley RA, Karlsson J, Pollard S, Murphy JV (1985) Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26:705–715.
- Baumrind D (1967) Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs* 75:43–88.
- Baumrind D (1989) Rearing competent children. In: Damon W (Hrsg.) *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brophy M, Dunn J (2002) What did mummy say? Dyadic interactions between young »hard to manage« children and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30:103–112.
- Burke JD, Pardini DA, Loeber R (2008) Reciprocal relationships between parenting behaviour and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:679–692.
- Döpfner M, Schürmann S, Fröhlich J (2002) *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Weinheim: Beltz.
- Fuhrer U (2005) *Lehrbuch Erziehungspsychologie*. Bern: Huber.
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 4:183–207.
- Johnston C, Murray C, Hinshaw SP, William EP Jr., Hoza B (2002) Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30:77–88.
- Kaiser NM (2010) Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical Models. *Journal of Attention Disorders*, DOI: 10.1177/1087054709356171. Retrieved July 30, 2010, from <http://jad.sagepub.com/content/early/2010/04/26/1087054709356171>.
- Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2000) Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29:284–292.
- Lewis CC (1981) The effects of parental firm control: A reinterpretation of findings. *Psychological Bulletin* 90:547–563.
- Maccoby EE, Martin JA (1983) Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Mussen PH, Hetherington EM (Hrsg.) *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley.
- McCord J (1995) *Coercion and punishment in long-term perspectives*. New York: Cambridge University Press.

- Patterson GR (1982) Coercive Family Process. Eugene: Castilia.
- Petermann U, Petermann F (2008) Aggressivoppositionelles Verhalten. In: Petermann F (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Pettit GS, Bates JE, Dodge KA (1997) Supportive parenting, etiological context, and children's adjustment: A seven-year longitudinal study. *Child Development* 68:908–923.
- Polowczyk M, Trautmann-Villalba P, Dinter-Jörg M, Gerhold M, Laucht M, Schmidt MH, Esser G (2000) Auffällige Mutter-Kind-Interaktion im Vorschulalter bei Kindern mit hyperkinetischen und Sozialverhaltensauffälligkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29:293–304.
- Schreyer I, Hampel P (2009) ADHS bei Jungen im Kindesalter- Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37: 69–75.
- Trautmann-Villalba P, Gerhold M, Polowczyk M, Dinter-Jörg M, Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2001) Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 29:263–273.

2 Soziale Folgen der ADHS im Vorschulalter

Alexander von Gontard

ADHS ist eine typische Störung des Vorschulalters, die schon ab dem Alter von 3 Jahren erkannt und behandelt werden kann (von Gontard 2010). Gegenüber der ADHS bei älteren Kindern weist sie mehrere Besonderheiten auf, die in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen. ADHS bei jungen Kindern ist zudem mit einer Vielzahl von sozialen Folgen und Beeinträchtigungen assoziiert, die den Langzeitverlauf der ADHS und die Entwicklung der betroffenen Kinder negativ beeinflussen können. Das Ziel dieses Kapitels ist es, einen kurzen Überblick über diese sozialen Folgen speziell im Vorschulalter zu vermitteln.

2.1 ADHS im Vorschulalter

Die wichtigsten Unterschiede zwischen der ADHS bei Vorschul- und Schulkindern sind in ► **Tab. 2.1** zusammengefasst.

Die allgemeine Prävalenz ist bei Vorschulkindern niedriger als bei Schulkindern, wobei ADHS häufiger bei älteren (4–5 Jahre) als bei jüngeren Vorschulkindern (2–3 Jahre) ist (Egger et al. 2006). Im Vorschulalter sind proportional weniger Jungen betroffen als bei älteren Schulkindern, bei denen die Jungen deutlich überwiegen (Dreyer 2006). Vor allem zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich der Subtypen der ADHS: Der unaufmerksame Subtyp ist im jungen Alter kaum vorhanden, der hyperaktiv-impulsive Subtyp am häufigsten. Die Prävalenz betrug in verschiedenen Studien im Schnitt 0,8 % für den unaufmerksamen, 3,1 % für den hyperaktiv-impulsiven und 2,4 % für den

Tab. 2.1: Unterschiede zwischen der ADHS bei Vorschul- und Schulkindern (nach Egger et al. 2006; Dreyer 2006; Kaplan und Adesman 2011; Lahey 2002)

| | Vorschulalter | Schulalter |
|--------------------------------------|-------------------|------------|
| Prävalenz | 3,3 % (2,0–7,9 %) | 5–10 % |
| Geschlechtsverhältnis Jungen Mädchen | 2:1 | 3:1 |
| relative Prävalenz der ADHS-Subtypen | | |
| unaufmerksam | 13 % | 48 % |
| hyperaktiv-impulsiv | 49 % | 9 % |
| kombiniert | 38 % | 43 % |

kombinierten Subtyp (Dreyer 2006). Wie in ► **Tab. 2.1** ersichtlich, haben von den Vorschulkindern mit ADHS nur 13 % den unaufmerksamen, aber 49 % den hyperaktiv-impulsiven Subtyp – ganz anders als bei Schulkindern, bei denen fast die Hälfte einen unaufmerksamen, aber nur 9 % den hyperaktiv-impulsiven Subtyp aufweisen (Dreyer 2006).

Ein weiterer wichtiger Risikofaktor für die weitere Entwicklung ist die hohe Komorbiditätsrate von über 55–87 % bei Vorschulkindern mit ADHS (► **Tab. 2.2**). Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen dabei Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten (ODD) und das Vollbild der Störung des Sozialverhaltens. Gerade die Kombination von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens zeichnen sich durch einen ungünstigen, chronischen Langzeitverlauf mit Dissozialität und Delinquenz aus (Vloet et al. 2008). Verstärkend wirkt zudem, dass vor allem Kinder mit einem kombinierten Subtyp eine komorbide ODD aufweisen in Vergleich zu solchen mit einem unaufmerksamen Subtyp (Dreyer 2006). Aber auch internalisierende Störungen können vorkommen und werden oft übersehen. In einer neuen norwegischen bevölkerungsbezogenen Studie mit 2.475 4-jährigen Kindern hatten 1,9 % eine ADHS. Die häufigsten komorbiden Störungen der ADHS waren ODD (22,0 %), Störungen des Sozialverhaltens (37,7 %), Angststörungen (7,9 %) und depressive Störungen (24,1 %, Wichstrom et al. 2011). Diese Werte sind in zugewiesenen klinischen Stichproben natürlich höher: So hatten in der Studie von Wilens et al. (2002) 62 % eine ODD, 23 % eine Störung des Sozialverhaltens, 42 % eine depressive Störung und 28 % eine Angststörung.

Zudem ist die ADHS bei jungen Kindern häufig mit Teilleistungsstörungen und spezifischen Entwicklungsdefiziten (Motorik, Sprache, Sprechen) assoziiert. Viele Kinder mit ADHS sind zusätzlich von multiplen Komorbiditäten betroffen – 19 % hatten zwei und 12 % sogar drei komorbide Störungen (Dreyer 2006).

Tab. 2.2: Komorbide Störungen bei Vorschulkindern mit ADHS (nach Egger et al. 2006; Dreyer 2006; Kaplan und Adesman 2011; Lahey 2002; Wilens et al. 2002)

| Komorbidität | Anteil |
|------------------------------|---------|
| Gesamt | 55–87 % |
| ODD | 22–62 % |
| Störung des Sozialverhaltens | 23–39 % |
| Angststörung | 8–15 % |
| depressive Störung | 13–42 % |
| zwei komorbide Störungen | 19 % |
| drei komorbiden Störungen | 12 % |

2.2 Soziale Folgen

Ohne Zweifel ist die ADHS bei Vorschulkindern eine schwere und persistierende Störung, die einen ungünstigen Langzeitverlauf aufweist (Vloet et al. 2008; Dreyer 2006). Wichtige prognostische Variablen für einen günstigen bzw. ungünstigen Verlauf sind dabei die vielfältigen sozialen Folgen der ADHS, die in ► **Tab. 2.3** zusammengefasst sind.

Junge Kinder mit ADHS spielen weniger intensiv, erfordern einen höheren Grad an Überwachung und Grenzsetzungen als nichtbetroffene Kinder und halten sich nicht an alltägliche Anweisungen. In einer Studie war bei 71 % der Kinder mit ADHS die Beziehung zu ihren Eltern belastet (gegenüber 12 % der Nicht-Betroffenen). Auch alltägliche Familienaktivitäten sind eingeschränkt: So berichteten 58 % der Mütter mit Vorschulkindern mit ADHS, dass sie an öffentlichen Orten nicht adäquat auf das Verhalten der Kinder eingehen konnten (Dreyer 2006). Eltern zeigen entsprechend häufiger negative Reaktionen. Die Folgen sind eine hohe elterliche Belastung und weniger funktionales elterliches Coping – und dieser elterliche Stress kann das