

Zusammenfassung

Der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit liegt auf der Untersuchung von hyperkinetischen Störungen bei arabischen Kindern im Grundschulalter, die in Berlin leben. Zwar behandeln zahlreiche Studien in Deutschland ADHS, aber die vorliegende Forschungsarbeit ist die erste Studie, die sich hyperkinetischen, in Deutschland lebenden arabischen Kindern widmet. Hyperkinetische Störungen stellen die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar. Sie sind durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität) gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten treten bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf und sind in mehreren Situationen und Lebensbereichen nachweisbar, ihr Verlauf ist häufig chronisch.

Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen von ADHS unter verschiedenen Gesichtspunkten erörtert. Es wird auf die Begriffe der Normalität und der Verhaltensstörung eingegangen. Hier definieren Thibaut und Kelly (1967): "Eine Norm ist eine Verhaltensregel" und im Gegensatz dazu versteht Homans (1965) Normen als "Ideen in den Köpfen von Gruppenmitgliedern". Folglich wird Normalität am Gruppenstandard gemessen, das heißt, normal ist, was den jeweils gültigen Verhaltensregeln, Einstellungen und Erwartungen entspricht. Dies ist je nach Bezugsgruppe verschieden und häufig auch innerhalb einer Gruppe von aktuellen Bedürfnissen und anderen Gruppenbedingungen abhängig. Aber das Regelsystem solcher Gruppen (Familie, Gesellschaft) verändert sich ständig, so dass ein Verhalten einmal akzeptiert wird und zu einem anderen Zeitpunkt nicht. Eine Abweichung muss über längere Zeit erfolgen, bevor sie als eigentliche Verhaltensstörung bezeichnet werden darf. Weiter wird die Reaktion und Auseinandersetzung der Gesellschaft mit dem gezeigten Verhalten bedeutsam (Ortner, Ortner, 2000)

Darüber hinaus wird die Kommunikations- und Sprachproblematik bei ausländischen Kindern thematisiert. Innerhalb der ausländischen Familien können tiefgreifende Konflikte entstehen, wenn sich Eltern und Kinder - nicht zuletzt aufgrund des durch die Schule bedingten unterschiedlichen Sprachvermögens - in ihren Wertvorstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen immer weiter voneinander entfernen. Repräsentiert dabei das Elternhaus die Kultur und die Sprache des Herkunftslands, manifestieren Schule und Lehrer die Kultur und Sprache des Aufnahmelandes. Dieser interkulturelle Konflikt lässt sich unter anderem auch durch Sprachförderung aufgreifen, wenn die ständig auftretenden kulturellen

Vergleiche bewusst in den Unterricht einbezogen und verarbeitet werden (Langenohl et al., 1979).

Zudem sollte man die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass die Häufigkeiten der ADHS bei Kindern in arabischen Länder, in denen es keine Sprachschwierigkeiten und Kommunikationsprobleme gibt, ziemlich hoch sind: In Saudi-Arabien beträgt die ADHS-Prävalenz 14,5 %, in den Vereinigten Arabischen Emiraten 18 % und in Ägypten 25 %. Diese ADHS Verteilungsraten sprechen auch dafür, dass die existierende Sprachproblematik bei ausländischen arabischen Kindern nicht als alleinige Ursache von ADHS bei dieser Bevölkerungsgruppe gewertet werden kann. In diesem Teil werden auch das klinische Bild von ADHS und die systematische allgemeine und ergänzende Diagnostik thematisiert. Der Verlauf des hyperkinetischen Syndroms wird geschildert, wobei auch auf die Geschlechtsspezifität von ADHS eingegangen wird und die relevanten Begleitstörungen der ADHS dargestellt werden.

Abschließend wird die Ätiologie der ADHS behandelt: Neurochemische, genetische, neuroanatomische Faktoren, prä- und perinatale Einflüsse, Nahrungsmittelallergien sowie psycho-soziale und kulturelle Faktoren.

Von neurophysiologischen Faktoren wurde lange Zeit angenommen, dass alle Kinder mit hyperkinetischen Störungen eine strukturell bedingte Störung der Hirnfunktionen aufweisen. Viele Studien lassen diese Hypothese jedoch als nicht haltbar erscheinen.

Neurochemische Faktoren weisen bei einigen Studien darauf hin, dass eine verminderte cerebrale Durchblutung des Frontalhirns bei hyperkinetisch auffälligen Kindern vorliegt. Andere Studien konnten Auffälligkeiten im Neurotransmitter-System nachweisen, wenngleich die Ergebnisse nicht einheitlich sind. Bezüglich der allergischen Dispositionen in den Siebzigern und Achtzigern war es sehr weit verbreitet, die ADHS auf chemische Nahrungszusätze zurückzuführen. Die zahlreichen Untersuchungen, die in den nachfolgenden zehn Jahren durchgeführt wurden, fanden zum größten Teil keine Belege für diese Hypothese (vgl. Barkley, 2005). Hinsichtlich genetischer Faktoren weisen einige Befunde darauf hin, dass genetische Faktoren bei der Entstehung hyperkinetischer Störungen möglicherweise eine Rolle spielen. In der Diskussion um die psychosozialen Faktoren hat sich gezeigt, dass den psychosozialen Faktoren keine primäre ätiologische Bedeutung zukommt, sie können aber entscheidend zum Schweregrad der Hyperaktivität

beitragen. Zwar konnten einige Studien eine Häufung der hyperkinetischen Störung in Familien mit geringerem sozioökonomischen Status sowie unter allgemein ungünstigen familiären Bedingungen wie unvollständigen Familien, überbelegter Wohnung, psychischer Störung der Mutter belegen, doch wiesen wiederum andere Studien keinen derartigen Zusammenhang nach.

Die quantitativen Befragungen der vorliegenden Arbeit wurden im Jahr 2006 an der arabischen Cordoba-Schule in Berlin durchgeführt. An der Untersuchung nahmen 96 Jungen und Mädchen im Alter zwischen 5 und 13 Jahren (MW = 9,6) teil. 56 Kinder mit der Diagnose ADHS bildeten die Experimentalgruppe, 40 Kinder ohne ADHS, bildeten die Kontrollgruppe.

Die Eltern der befragten Kinder stammten zumeist aus Palästina und Libanon. Die überwiegende Mehrheit der Eltern spricht zu Hause arabisch mit ihren Kindern. Zudem hat die Mehrheit der Eltern keinen Schulabschluss bzw. einen Sonderschulabschluss und lediglich 4 von 10 Eltern besitzen einen Schulabschluss. 80 % der Mütter sind Hausfrauen. Gleichzeitig sind 33,5 % der Väter arbeitslos und 58 % sind erwerbstätig, aber nicht regelmäßig, sondern lediglich für einige Tage. Die infolge der Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile entstandene materielle Armut wirkt häufig auch psycho-emotional deprivierend auf das Kind, sei es infolge der psychischen Probleme des betroffenen Elternteils, oder infolge der mit der Armut entstehenden gespannten Atmosphäre in der Familie. Die hyperaktiven Kinder in der vorliegenden Arbeit haben viele Verhaltensprobleme, sie wollen immer bestimmen und haben schnelle ausgeprägte Stimmungswechsel. Sie sind streitsüchtig, zerstörerisch und befolgen Regeln nicht. Dabei verhalten sie sich oppositioneller und aggressiver als Kinder in der Kontrollgruppe. Jungen sind hierbei häufiger als Mädchen von Hyperaktivität bzw. Impulsivität, Aggressivität und oppositionellem Trotzverhalten betroffen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die hier ermittelten empirischen Befunde zu den in Deutschland lebenden arabischen Kindern sich weitgehend decken mit den Forschungsergebnissen über ADHS bei nicht-arabischen Populationen:

- ❖ Hyperaktivität bzw. Impulsivität wird häufiger bei Jungen diagnostiziert als bei Mädchen.

- ❖ Bei Jungen tritt häufiger Aggressivität, oppositionelle Verhaltensstörung auf als bei Mädchen.
- ❖ Hyperkinetische Kinder sind aggressiver als normale Kinder. Das aggressive Verhalten ist bei hyperkinetisch-aggressiven Kindern als ein primär vorhandener Zug existent und schon im Kindergarten nachweisbar.
- ❖ Oppositionelle Verhaltensweisen treten häufig in Verbindung mit hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten auf.
- ❖ Verhaltensprobleme treten bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen häufiger auf als bei unauffälligen Kindern.
- ❖ Kinder mit ADHS weisen häufiger komorbide Teilleistungsschwächen auf als Kinder der Kontrollstichprobe; folglich zeigen sie schlechtere schulische Leistungen.
- ❖ Die meisten Kinder mit dem Aufmerksamkeitsdefizit mit und ohne Hyperaktivität (ADS bzw. ADHS) haben viel mehr mit Hausaufgaben Probleme als vergleichbare normale Kinder.
- ❖ Die Bewertungen der Eltern sowie der Lehrer hinsichtlich ADHS bei Kindern korrelieren in weiten Teilen signifikant miteinander.

Besonders Erwähnenswert erscheint, dass die Eltern von ADHS-Kindern ihre Kinder als unaufmerksam, hyperaktiv bzw. impulsiv beschreiben, aber sie ihre Beobachtungen nicht als eine psychische Störung bewerten, sondern als normal bei der Entwicklung von Kleinkindern. Zudem zeigen auch die Lehrer ein vergleichbares Bewertungsmuster. Sie bemerken, dass sich die ADHS-Schüler unhöflich verhalten oder die Regeln nicht befolgen. Als Ursache für ein derartiges Verhalten vermuten die Lehrer eine falsche Erziehung durch deren Eltern. Aber sie erkennen nicht, dass ihre verhaltensauffälligen Schüler hyperaktiv sind. Übereinstimmend mit den Eltern vermuten die Lehrer bei den Kindern ein lebensphasentypisches Verhaltensphänomen, das sich ohne Intervention von außen allein aufgrund der weiteren kindlichen Entwicklung verflüchtigen wird. Folglich betrachten auch die Lehrer die Verhaltensweisen von ADHS-auffälligen Kindern nicht als psychische Störung.

Diese Bewertungen weisen grundlegend auf eine mangelnde Informationen und eine fehlende Bewusstheit über psychische Störungen bei Kindern hin. Diesem Phänomen ist vor allem bei arabischen Eltern in Deutschland sowie in deren Herkunftsländern zu beobachten. Ein Folge der, wenn überhaupt, späten Diagnosestellung bei ADHS-auffälligen Kindern ist,

dass die hyperkinetische Störung sich verschlechtert und bis ins Erwachsenenalter persistiert. Zudem besteht das Risiko, dass sich weitere begleitende psychische Störungen entwickeln, wie dissoziales Verhalten, Aggressivität, Teilleistungsschwächen, Depression, Alkohol- und Drogenmissbrauch etc. Entsprechend besteht die Notwendigkeit, bereits früh erkennbare Risikofaktoren zu identifizieren, die mit einem erhöhten Risiko zu einer Chronifizierung der Störung einhergehen (vgl. Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000). Folglich benötigen Eltern als auch Lehrer grundlegende Informationen und professionelle Beratungen über psychische Störungen, die im Kindesalter auftreten können, besonders über Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität bzw. Impulsivität. Aus dem Wissen um die Komplexität des Erscheinungsbildes Hyperaktivität und um den Teufelskreis, in dem sich das hyperaktive Kind befindet, entwickelt sich ein besseres Verstehen und somit Verständnis für das Kind. Voraussetzung für eine aktive und positive Rolle der Eltern in der Behandlung ist ihre ausführliche und gründliche Information über das Krankheitsbild. Denn nur wenn die Eltern selbst von der Richtigkeit der Diagnose überzeugt sind, sind sie in der Lage, ihren Kindern Unterstützung und eine feste Struktur in der Behandlung zu geben. Sie sind auch nur dann bereit, ihren Erziehungsstil zu ändern, bzw. nur dann bemühen sie sich ernsthaft darum. Grundlegend hierfür ist aber, dass die Informationen über hyperkinetische Störungen auch auf Arabisch vorliegen, damit das notwendige Verständnis der Eltern und Lehrer mit arabischer Muttersprache nicht an einer fehlenden Kompetenz im Leseverständnis scheitert.

Im dritten Teil wird auf die möglichen Therapieformen der ADHS eingegangen und über ihre Effektivität diskutiert:

Medikamentöse Behandlung hat ohne Zweifel eine positive Wirkung auf Aufmerksamkeit und Ausdauer. Außerdem verringern sie die Unruhe und den Bewegungsdrang der Kinder, aber Medikamente stellen kein Allheilmittel dar. Medikamente sollten nicht als einzige Form der Behandlung eingesetzt werden sondern in Kombination mit anderen Maßnahmen. Jedoch ließ sich eine Wirksamkeit von Diätbehandlungen in den meisten Studien nicht nachweisen. Diese Diätbehandlungen können nur in Einzelfällen einen Einfluss haben. Weiterhin besteht das Risiko von Fehlernährungen, so dass die Durchführung von Diäten als Regelbehandlung nicht empfohlen werden kann.

Hinsichtlich kognitiver Interventionsformen konnten Lauth und Mitarbeiter (1996) durch ein Selbstinstruktionstraining in Verbindung mit operanten Verfahren und Elterngesprächen die

Aufmerksamkeitsleistungen sowie das hyperkinetische Verhalten in der Schule und in der Familie verbessern. Das Kernproblem von Selbstinstruktionstrainings scheint der begrenzte Transfer von erlernten Strategien und Verhaltensänderungen von der Trainingssituation auf das natürliche soziale Umfeld des Kindes zu sein. Hinsichtlich verhaltenstherapeutischer Interventionen (Elterntraining, Interventionen in der Schule und kinderzentrierte Interventionen) konnte die hyperkinetische Symptomatik in der Familie zwar deutlich reduziert werden, doch war die medikamentöse Therapie wirkungsvoller. Bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten und bei der Verbesserung sozialer Kompetenzen und von Eltern-Kind-Beziehungen waren Verhaltenstherapie und medikamentöse Behandlung gleichermaßen wirkungsvoll.

Die Wirksamkeit der familienzentrierten Interventionen aus dem Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) wurde im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit multimodaler Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen geprüft. Bisher liegen mehrere Einzelfallstudien vor, welche die Effektivität der familienzentrierten Interventionen von THOP belegen. 50 bis 60 % der Kinder, die ausschließlich mit dem Therapieprogramm THOP behandelt wurden und bei denen keine medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde, zeigen nach dem Urteil der Eltern sehr gute Erfolge.