

Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS

Hinweise auf die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS: Befunde aus der psychotherapeutischen Praxis.

Zusammenfassung:

Fragestellung: Lässt sich die Wirksamkeit des Marburger Konzentrationstrainings bei Kindern mit ADHS in der psychotherapeutischen Praxis nachweisen?

Methodik: Studie mit Prä-Post-Test-Design. 10 ambulant behandelte Kinder mit ADHS im Alter zwischen neun und elf Jahren. Die Kinder nahmen an insgesamt zwölf Sitzungen des Marburger Konzentrationstrainings teil. Als externe (Leistungs-)Kriterien wurden der d2-Konzentrationstest, die Child Behavior Checklist, der Angstfragebogen für Schüler sowie das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche eingesetzt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen eine auf die Konzentrationsleistung spezifische Wirkung des Marburger Konzentrationstrainings. Im Zuge der verbesserten Konzentration stiegen bei den Kindern auch die Werte für Angst und Depression. Lediglich die Schulunlust blieb unverändert. Im Elternurteil konnten ebenfalls keine Veränderungen festgestellt werden.

Schlussfolgerungen: Das Marburger Konzentrationstraining hat einen positiven Effekt auf die Konzentrationsleistung von Kindern mit ADHS. Die gestiegenen Angst- und Depressionswerte sind weitere Indikatoren für den sich verbessernden reflexiven Konzentrationsstil. Möglicherweise war der Untersuchungszeitraum zu kurz, als dass sich die internalen Veränderungen bei den Kindern auch in ihren Verhaltensweisen und damit im Elternurteil hätten niederschlagen können.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Marburger Konzentrationstraining, Wirksamkeitsforschung.

Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS) stellen neben den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) die häufigsten Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter dar. Gekennzeichnet ist dieses Störungsbild durch die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität). Diese Auffälligkeiten treten in der Regel in mehreren Situationen und Lebensbereichen auf, z. B. in

der Familie, im Kindergarten, in der Schule und sind vor dem Alter von sechs Jahren meist gut erkennbar (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000). Ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität wird als Kernsymptomatik angesehen, welches im Vergleich zu Kindern mit dem gleichen Entwicklungsstand häufiger und stärker auftritt (Döpfner, Schürmann, & Frölich 2002). Die Prävalenz wird in den westlichen Kulturen auf etwa 3-5% der Grundschüler geschätzt (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Hierbei zeigt sich ein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich der Geschlechterverteilung: Die Störung betrifft primär Jungen. So findet sich beim vorherrschend unaufmerksamen Typ ein Verhältnis von Jungen zu Mädchen von 2 zu 1, während beim hyperaktiv-impulsiven Typ sogar ein Verhältnis von 5 zu 1 besteht (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995). Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen wird in repräsentativen Stichproben als etwa 4 zu 1 und in klinischen Stichproben sogar als etwa 9 zu 1 angegeben (Scahill & Schwab-Stone, 2000). Der Unterschied könnte auf die erhöhte Rate komorbider expansiver Verhaltensstörungen bei Jungen zurückzuführen sein, die häufiger zu einer Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen führen, weil bei den Eltern und den Lehrern ein erhöhter Leidensdruck entsteht.

Die primäre Ursache für die Entstehung von ADHS scheint nach heutigem Forschungsstand eine Stoffwechselstörung zu sein, hier v. a. Dopamin und Noradrenalin. Gleichwohl entscheiden psychosoziale Faktoren über die Entwicklung des Krankheitsverlaufs (Barkley, 2005). Sie beeinflussen z.B. die Stabilität und den Verlauf der ADHS und bestimmen in einem komplexen Zusammenspiel das sehr heterogene Störungsbild (Hampel & Petermann, 2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen persistieren bei bis zu 80% der Fälle bis in die Adoleszenz und zeigen bei etwa der Hälfte der betroffenen Personen Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter (Barkley, 1998). Die störungsspezifischen Symptome unterliegen jedoch gewissen Entwicklungsveränderungen: Während der Adoleszenz werden Symptome von ausgeprägter motorischer Aktivität seltener, wohingegen Aufmerksamkeitsdefizite und Impulsivität weiterhin bestehen (Döpfner, 2000).

Bis zu 2/3 aller Kinder mit ADHS weisen neben den Kernsymptomen weitere, sog. komorbide Störungen auf (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Richters, Arnold, Jensen, Abikoff, Conners, Greenhill, et al., 1995). Am häufigsten liegen externe Verhaltensstörungen mit aggressiven und dissozialen Symptomen vor (43% bis 93%).