

## Strukturierte Zusammenfassung



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

### **Der Einfluss soziodemographischer und psychosozialer Faktoren auf die Entstehung und Ausprägung von ADHS**

**Autorin:** Eva Hensely

**Betreuerin:** Elke Mesenholl

#### **1.1 Einleitung**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als Erkrankung ist schon seit vielen Jahren bekannt und auch Interessensschwerpunkt einiger klinischer Studien.

ADHS stellt für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie deren sozialer Umgebung, speziell Elternhaus und Schule ein großes psychosoziales Problem dar (Döpfner, Banaschewski, & Sonuga-Barke, 2008). Nur selten erreicht ein ADHS-Kind den gleichen schulischen Abschluss wie ein vergleichbar intelligentes, gesundes Kind. Die „sichtbaren“ Verhaltensauffälligkeiten des ADHS-Kind, besonders im schulischen Bereich, sind sicherlich einer der Gründe, warum diese Erkrankung in den Medien große Resonanz erfährt.

Leider liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum konkrete Daten für Österreich vor. Die meisten Studien wurden in den USA, Großbritannien und Frankreich durchgeführt und deren epidemiologische Ergebnisse beziehen sich immer auf die jeweilige Region, in der die Studie durchgeführt wurde (American Academy of Pediatrics, 2000). Damit es möglich ist politisch und wirtschaftlich gestützte ADHS-Programme zu verwirklichen, müssen regionale Daten vorliegen, welche die ADHS-Problematik in Österreich bzw. zunächst einmal im Großraum Wien verdeutlichen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es einen möglichen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status einer Familie, sowie psychosozialen Faktoren und dem Auftreten von ADHS nachzuweisen.

## 1.2 Hintergrund und Forschungsstand

ADHS ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters mit einer Prävalenz von 3 bis 9%. Dabei wird die Diagnose bei Jungen zwei- bis viermal häufiger vergeben als bei Mädchen (Döpfner, Banaschewski, & Sonuga-Barke, 2008)

Drei Kernsymptome prägen die Diagnose:

- Impulsivität
- Hyperaktivität
- Unaufmerksamkeit

Ein wesentliches Kriterium für die Diagnose ADHS ist, dass die Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulsivität mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten in einem Ausmaß persistieren, so dass es zu einer Fehlanpassung kommt, die dem „normalen“ Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist (Döpfner, Frölich, & Lehmkuhl, 2000).

Nach heutigem Forschungsstand ist bei ADHS von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Das bedeutet, dass ADHS durch das Zusammenwirken biologischer, psychischer und sozialer Faktoren entsteht. Während die biologischen/genetischen Faktoren die Grundlage der Erkrankung bilden, weisen die psychosozialen Faktoren geringen ursächlichen Einfluss auf, beeinflussen jedoch maßgeblich den Verlauf und Schweregrad, sowie die individuelle Ausprägung der Krankheit beeinflussen.

Neben der Störung des Sozialverhaltens stellen hyperkinetische Störungen die häufigsten psychischen Beeinträchtigungen des Kindes- und Jugendalters dar (Hampel P., 2004) (Döpfner, Banaschewski, & Sonuga-Barke, 2008).

Die drei Kernsymptome treten bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf, wobei im Kindergartenalter meist die motorische Unruhe und mangelnde Impulskontrolle dominieren (Lehmkuhl G., 2002). Mit Eintritt in das Schulalter fallen sehr rasch die Unfähigkeit zur selektiven und kontinuierlichen Aufmerksamkeit und eine ausgeprägte Ablenkbarkeit auf (Barkley, 2006).

Rund 60% der Kinder zeigen eine Lese-Rechtschreibschwäche. Die Aufmerksamkeitsstörung ist zudem durch häufiges Tagträumen, Ablenkbarkeit, Reizoffenheit, Abneigung gegen längere geistige Anforderungen, Überhören von schulischen und elterlichen Anweisungen, Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten, sowie durch das Begehen von Flüchtigkeitsfehlern und das Auftreten einer Merkschwäche gekennzeichnet. Die damit verbundenen Lernstörungen zeigen sich, bei meist ungestörter genereller intellektueller Befähigung in schlechten Schulleistungen und in einer zunehmenden Entwicklungsverzögerung. Häufig wird, wenn überhaupt, nur ein geringer Schulabschluss erreicht (Harpin, 2005).

Es ist von großer Bedeutung, diese Zeichen frühzeitig wahrzunehmen, um einerseits betroffenen Kindern die unnötigen Erfahrungen des ständigen Versagens zu ersparen und andererseits möglichst frühzeitig eine effektive Therapie zu beginnen. Unbehandelt kann die Krankheit in 80% der Fälle bis in die Pubertät und ins Erwachsenenalter bestehen.

Die differentialdiagnostische Abklärung der ADHS-Erkrankung von anderen psychischen Störungen ist durch den Umstand erschwert, dass bis zu zwei Drittel aller Kinder und Jugendlichen mit ADHS neben den Kernsymptomen weitere Auffälligkeiten aufweisen, die als *komorbide Störungen* bezeichnet werden (Richters, et al., 1995).

Mehrere Autoren konnten aufzeigen, dass Kinder mit einer ausgeprägteren ADHS-Erkrankung mit mehreren stärker auftretenden Symptomen häufiger komorbide Störungen, speziell oppositionelle Verhaltensstörungen und Teilleistungsstörungen (Lese-Rechtschreibstörung) entwickeln (Shapiro & Garfinkel, 1986). Depressive Störungen und Angststörungen treten in der Regel nach der Erstmanifestation der ADHS-Erkrankung auf und können als sekundäre Störung mit reduziertem Selbstwertgefühl und als Ausdruck einer gelernten Hilflosigkeit gewertet werden (Biedermann J., 1995).

Die oben beschriebene Entwicklung ist nicht für alle Kinder mit ADHS obligat. Aus Längsschnittstudien lassen sich verschiedene Risikofaktoren isolieren, die mit einem ungünstigen Verlauf der Symptomatik und einer Persistenz von ADHS in Beziehung stehen.

In Anlehnung an Weiss und Hechtman (Weiss G., 1986) sollen die prognostischen Faktoren zu drei Gruppen zusammengefasst werden:

- kindbezogene Faktoren: Alter bei Erstdiagnose, motorische Entwicklungsverzögerung, Störung des Sozialverhaltens und oppositionelles Trotzverhalten, psychiatrische Komorbidität (außer Störung des Sozialverhaltens und oppositionelles Trotzverhalten).
- Psychosoziale, familiäre Faktoren: familiäre psychiatrische Erkrankungen, Trennung der Eltern, nicht nur bei Eltern gelebt (Adoption, Pflege, Heim), sozialer Status.
- therapiebezogene Faktoren: Ritalinbehandlung, multimodale Therapie.

Da ADHS zum derzeitigen Zeitpunkt als eine multifaktorielle Erkrankung begriffen wird, liegt der Schluss nahe, der Erkrankung mit einer multimodalen Behandlung zu begegnen. Dieser multimodale Ansatz setzt sich idealerweise aus einer medikamentösen und einer verhaltenstherapeutischen Komponente zusammen. Es hat sich gezeigt, dass eine Kombinationstherapie aus medikamentöser Therapie und Verhaltenstherapie die besten Ergebnisse für die Verbesserung der ADHS Kernproblematik (Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität) bringt.

Eine Heilung von ADHS ist mit Medikamenten alleine nicht möglich, ihre Wirkung hält nur für die Dauer ihrer Einnahme an. Durch eine frühe Erkennung der Problematik und eine entsprechende Aufklärung über medikamentöse Behandlung und begleitende psychologische Unterstützungen kann eine Stabilisierung der erkrankten Person herbeigeführt werden, was in weiterer Folge zu einer Stabilisierung des sozialen Umfelds, der familiären Situation und der schulischen Leistungen führt, so dass man bei zwei Drittel der Patienten davon ausgehen kann, dass sie die medikamentöse Behandlung nach zwei bis drei Jahren absetzen können (Alfred A., 2007).

## **Forschungsfrage**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Frage zu beantworten: „Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status einer Familie als auch psychosozialer Faktoren und dem Auftreten von ADHS?“

Folgende Hypothesen wurden aus der Fragestellung heraus generiert:

- In Familien mit unklaren, wechselnden Familienstrukturen und Familienregeln, sowie ungeordneten Tagesabläufen bis hin zur Vernachlässigung, gibt es einen signifikant höheren Anteil an ADHS-Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe.
- Die Eltern von ADHS-Kindern haben ein niedrigeres Bildungsniveau als die Eltern von nicht ADHS-diagnostizierten Kindern.
- Ein beengter Lebensraum sowie fehlender Rückzugsraum im Sinne eines eigenen Zimmers - führen zu einer signifikanten Steigerung der ADHS- Prävalenz von Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe.
- Belastende Lebensereignisse, denen Kinder ausgesetzt sind, wie Scheidung der Eltern, Erkrankungen bzw. Todesfälle innerhalb der Familie korrelieren mit einer höheren Prävalenz von ADHS bei Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe.

### **1.3 Methodik**

Mit Hilfe eines soziodemographischen Fragebogens wurde das sozio-familiäre Umfeld der Probanden evaluiert. Neben Alter, Geschlecht und Anzahl der Geschwister wurden auch Angaben zu Wohnungsverhältnissen, Bildungsniveau der Eltern, Einkommen und Familienstand erfragt. Außerdem wurden auch Daten zum Lebensraum erhoben. Vorwiegend Augenmerk lag hierbei auf der Erhebung von Daten, die eine Aussage über fehlende Rückzugsmöglichkeiten machten. Unter „fehlenden Rückzugsmöglichkeiten“ versteht man das Nicht – Vorhandensein eines eigenen Zimmers. Weiters wurden auch Angaben über außergewöhnliche Belastungen innerhalb der Familie, sowie psychische Probleme von Familienangehörigen erfragt um mögliche psychosoziale Einflussfaktoren aufzeigen zu können.

Die Grundgesamtheit dieser Studie bestand aus Schülern der Volksschule Guntramsdorf und der interessensdifferenzierten Mittelschule in Guntramsdorf, sowie aus Patienten der Universitätskinderklinik Wien.

Das Einschlusskriterium war ein Geburtsdatum zwischen 1997 und 2005 für die Gegenüberstellung ADHS-diagnostizierte Kinder und Jugendliche gegenüber einer Durchschnittspopulation.

Die Studie wurde als explorative, epidemiologische Studie konzipiert.

Die statistische Analyse wurde mit Hilfe der Software SPSS für Windows durchgeführt. Um den Vergleich von mittleren Rängen bei ordinal skalierten Daten durchzuführen, wurde ein non-parametrisches Verfahren (Mann-Whitney-Test) verwendet. Der Chi-Quadrat-Test kam bei dem Vergleich von unterschiedlichen Häufigkeiten zur Anwendung.

## 1.4 Ergebnisse

Aus dem Rücklauf der ausgeteilten Fragebögen in der ADHS Ambulanz der Universitätskinderklinik konnten 94 vollständige Datensätze erstellt werden.

Für die Vergleichsgruppe konnten 193 vollständige Datensätze erstellt werden, die zur Testung der zuvor aufgestellten Hypothesen herangezogen wurden.

**Hypothese 1:** „Unklare, wechselnde Familienstrukturen und Familienregeln, sowie ungeordnete Tagesabläufe bis hin zur Vernachlässigung, führen zu einer signifikanten Steigerung der ADHS-Prävalenz von Kindern im Vergleich zur Kontrollgruppe.“

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die entsprechenden Fragen aus dem Fragebogen jeweils einem Chi-Quadrat-Test unterzogen und auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen untersucht.

Signifikante Unterschiede wurden für folgenden Familienstrukturen und –situationen festgestellt:

- Familienstand
- Erziehungsstil der Mutter oder des Vaters
- Streit der Eltern über die Erziehung
- Konfliktlösungen innerhalb der Familie
- Betreuung durch Großeltern
- Fehlende Betreuung
- Hausübung nach geregelten Tagesablauf

**Hypothese 2:** „Die Eltern von ADHS-Kindern haben ein niedrigeres Bildungsniveau als die Eltern von nicht ADHS diagnostizierten Kindern.“

Zur Überprüfung der Hypothese 2 wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der folgendes Ergebnis ergab.

Bezüglich des Ausbildungsniveaus des Vaters lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigen ( $p < ,001$ ). Väter mit ADHS-Kindern haben ein signifikant höheres Bildungsniveau als die der Vergleichsgruppe. Für die Ausbildung der Mütter besteht zwar kein signifikanter Unterschied ( $p = ,071$ ), dennoch ist auch hier aufgrund der unterschiedlichen mittleren Ränge ein tendenzieller Unterschied sichtbar. Auch Mütter mit ADHS-Kindern haben ein tendenziell höheres Bildungsniveau als die der Vergleichsgruppe.

Aufgrund dieser Ergebnisse musste die Hypothese verworfen werden.

**Hypothese 3:** „Ein beengter Lebensraum sowie fehlender Rückzugsraum im Sinne eines eigenen Zimmers führen zu einer signifikanten Steigerung der ADHS-Prävalenz.“

Zunächst wurde für die Feststellung eines Unterschieds zwischen den beiden Gruppen bezüglich der Wohnungsgröße ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Zum Aufzeigen der Abhängigkeit zwischen ADHS-Prävalenz und der Möglichkeit eines Rückzugraumes (eigenes Zimmer) wurde ein zweidimensionaler Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Aus den vorliegenden Daten konnte keine Abhängigkeit der ADHS-Prävalenz von der Möglichkeit eines Rückzugraums oder eines beengten Lebensraums aufgezeigt werden ( $p=,109$ ).

**Hypothese 4:** „Belastende Lebensereignisse, denen Kinder ausgesetzt sind, wie Scheidung der Eltern, Erkrankungen bzw. Todesfälle innerhalb der Familie korrelieren mit einer höheren Prävalenz von ADHS.“

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde für jede der im Fragebogen angegeben besonderen Belastungen innerhalb der Familie ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

In den meisten Fällen konnten keine signifikanten Auffälligkeiten nachgewiesen werden, lediglich im Falle einer Übersiedelung der Familie konnte eine signifikante Auffälligkeit festgestellt werden.

## 1.5 Diskussion

Die Untersuchungen zeigen bezüglich Hypothese 1 ein differenziertes Bild. In sieben von zwölf Fragestellungen konnte ein unterschiedlich häufiges Auftreten der jeweils beschriebenen Familienstrukturen und-situationen festgestellt werden, welches sich durch statistische zufällige Variation alleine nicht mehr erklären lässt. In diesen Fällen führten unklare, wechselnde Familienstrukturen und Familienregeln, sowie ungeordnete Tagesabläufe zu einer signifikanten Steigerung der ADHS-Prävalenz.

Die fünf Fragestellungen in denen keine Signifikanz feststellbar war, betrafen die Trennung der Eltern und daraus resultierende Situationen für die Kinder. Dies scheint jedoch keinen Einfluss auf das Auftreten von ADHS zu haben. Vielleicht lässt sich dies auf ein eventuell entspanntes Verhältnis nach der Scheidung zurückführen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das gesamte soziale Umfeld und die fürsorgliche Erziehung durch die Eltern mit Sicherheit ein bestimmender Co-Faktor bei der Entstehung eines ADHS ist, der bei der Prävention dieser Erkrankung mit Sicherheit berücksichtigt werden sollte.

Hypothese 2 lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht aufrechterhalten.

Interessanter Weise konnte kein Zusammenhang zwischen verhaltensauffälligen Kindern und der sozialen Schicht, in der sie leben, festgestellt werden. Obwohl in einigen Studien (Barkley, 2006) nachgewiesen wurde dass ein niedriges Bildungsniveau der Eltern und ein niedriger sozialer Status wichtige Faktoren darstellen, konnte eine Korrelation zwischen einem niedrigen Bildungs-niveau und der Prävalenz von ADHS in dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

Daher wäre eine weitere Interpretation, dass nicht etwa primär die sozioökonomischen Lebensumstände der Familie, sondern viel eher soziale Werte, die im Zuge einer fürsorglichen Erziehung gefördert werden und daher oftmals mit einem hohen Bildungsniveau der Eltern korrelieren, von erheblicher Relevanz sind.

Es ist auch zu vermuten, dass Eltern mit höherer Bildung ihre Kinder eher auf ADHS-Verdacht untersuchen lassen und daher in der Gruppe der ADHS ausgetesteten Probanden auch stärker vertreten waren. Außerdem könnte auch eine „Überförderung“ von Kindern durch Eltern mit höherem Bildungsniveau zu einem vermehrten Auftreten von ADHS führen. Dies wäre eventuell in einer eigenen Studie abzuklären.

Die Gültigkeit der Hypothese 3 ließ sich nicht zeigen. Ein beengter Lebensraum oder fehlender Rückzugsraum - im Sinne eines eigenen Zimmers führt zu keiner signifikanten Steigerung der ADHS-Prävalenz.

In der vorliegenden Studie konnte kein relevanter Zusammenhang zwischen ADHS und der Wohnungsgröße und den im Haushalt lebenden Personen gezeigt werden. Auch das Vorhandensein eines eigenen Zimmers scheint bei der ADHS Entstehung nicht relevant zu sein. Dieses Ergebnis könnte mit dem relativ geringem Alter der Probanden zusammenhängen und das eigene Zimmer erst mit zunehmendem Alter, als möglicher Rückzugsort für die ADHS-Prävention bei Kindern eine Rolle spielen.

Auch die Gültigkeit der Hypothese 4 lässt sich in ihrer Gesamtheit nicht zeigen. In den untersuchten Fällen waren die Unterschiede zwischen der ADHS-Gruppe und der Kontrollgruppe bezüglich belastender Lebensereignisse (z.B. Scheidung, Todesfälle, Unfall oder Erkrankung in der Familie) nicht größer als statistisch zu erwarten. Nur ein Umzug der Familie hat offenbar einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von ADHS. Dies könnte durch einen Wechsel aller Sozialkontakte erklärt werden.

Anders lautende Ergebnisse aus der Literatur, die in der Regel aus nicht europäischen Untersuchungen stammen, lassen sich offenbar nicht unmittelbar auf den Wiener Raum übertragen.