

Evangelische Hochschule Nürnberg
B. A. - Studiengang: Erziehung, Bildung und Gesundheit im Kindesalter

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Stummer Schrei:
Analytische Gegenüberstellung von ADHS und
Depressionen im Kita Alltag
Leitfadeninterview

Verfasserin: Miriam Stöhr
Erstgutachter: Prof. Dr. Markus Schaer
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Roswitha Sommer-Himmel

Abgabedatum: 15.07.2019

Inhalt

1 Einleitung	4
2 Theoretische Auseinandersetzung mit ADHS und Depressionen im Kindesalter.....	5
2.1 ADHS.....	5
2.1.1 Begrifflichkeit ADHS	5
2.1.2 Diagnostische Einordnung von ADHS in der ICD-10	5
2.1.3 Erscheinungsbild von ADHS	6
2.1.4 Behandlung von ADHS im Kindesalter	8
2.1.4.1 Kindzentrierte Behandlungsmaßnahmen.....	9
2.1.4.1.1 Medikamentöse Therapie.....	9
2.1.4.1.2 Nichtmedikamentöse Therapie	10
2.1.4.2 Familienzentrierte Behandlungsmaßnahmen.....	11
2.1.4.3 Kindergartenzentrierte Behandlungsmaßnahmen.....	12
2.1.5 Prävalenz	13
2.2 Depressionen.....	14
2.2.1 Begrifflichkeit Depression	14
2.2.2 Diagnostische Einordnung von Depressionen in der ICD-10	14
2.2.3 Erscheinungsbild von Depressionen	16
2.2.4 Behandlung von Depressionen.....	16
2.2.4.1 Rahmen und Setting	17
2.2.4.2 Phasen des Behandlungsprozesses	19
2.2.5 Besonderheiten bei der Behandlung von Depressionen.....	22
2.2.6 Prävalenz.....	23
3 Bisherige Forschungsergebnisse.....	23
4 Hypothesen zur Thematik	25
5 Methodenauswahl und empirische Erhebung	26
5.1 Stichprobe und Zugang.....	26

5.2 Befragungsinstrument	27
5.3 Datenerhebung	28
6 Ergebnisse, Auswertung und Zusammenfassung	29
6.1 Erste Hypothese	29
6.2 Zweite Hypothese	38
6.3 Diskussion der Ergebnisse	41
7 Überprüfung der Hypothesen	43
7.1 Überprüfung der Hypothesen.....	43
7.2 Methodenkritik.....	44
8 Gesamtfazit	45
Literaturverzeichnis	47
Abbildungsverzeichnis	49
Anhang.....	50

1 Einleitung

Jedes fünfte Kind zeigt psychische Auffälligkeiten. Die Zahl von Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung steigt. „Rund 20 Prozent aller Kinder leiden unter psychischen Auffälligkeiten, ein Drittel davon ist psychiatrisch beziehungsweise psychotherapeutisch behandlungsbedürftig“, sagte der Direktor der Rostocker Universitätsklinik für Psychiatrie im Kindes- und Jugendalter, Frank Häßler (Joachim Mangler 2013). Diese erschreckende Tatsache macht deutlich, dass das Thema psychischer Auffälligkeiten bei Kindern so aktuell ist wie noch nie.

Aufgrund der schockierenden Erkenntnis bedeutet das in der Praxis, dass bei einer Kindergartengruppe von 25 Kindern jedes fünfte Kind, also fünf Kinder, auffällig sein sollen. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass die Autorin, in ihrer Tätigkeit als Erzieherin, von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten berichten kann. In der Arbeit ist ihr ein Kind aufgefallen, welches sich in sehr kurzer Zeit stark verändert hat. Das bisher fröhliche und aufgeweckte Kind hat sich zu einem auffallend ruhigen Kind entwickelt. Lange Zeit war nicht klar, was mit ihm passiert ist. Erst später hat sich herausgestellt, dass das Kind unter Depressionen leidet. Im Gegensatz ist nach Auffassung der Verfasserin bei Kindern, die Anzeichen einer Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung haben, sofort ein höheres Augenmerk auf das Verhalten des Kindes gelegt worden. Diese Kinder sind den Fachkräften in der Regel sehr schnell aufgefallen und es ist eine Vernetzung zu weiteren Fachdiensten erfolgt.

Aufgrund dieser Beobachtungen stellt sich die Verfasserin folgende Forschungsfrage: Wie wachsam sind Fachkräfte in Bezug auf ADHS und Depressionen im Kitaalltag?

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei große Hauptteile - zum einen in den theoretischen Abschnitt und zum anderen in die Planung, Durchführung und Auswertung eines Leitfadeninterviews. Zu Beginn wird ein theoretischer Überblick über ADHS und Depressionen im Kindesalter geschaffen. Dabei wird die Begriffsbestimmung, die diagnostische Einordnung in das ICD-10, das Erscheinungsbild, die Behandlung und die Prävalenz hinsichtlich beider Themenschwerpunkte näher beleuchtet. Aufbauend darauf werden bisherige Forschungsergebnisse und Hypothesen zur Thematik vorgestellt.

Wie bereits eben erwähnt setzt die Entwicklung eines Leitfadeninterviews den zweiten Schwerpunkt der Bachelorarbeit. Diesbezüglich werden die Methodenauswahl und die empirische Erhebung sowie die Ergebnisse, die Auswertung und die Zusammenfassung vorgestellt. Nach der Ergebnisgewinnung werden die angenommenen Hypothesen überprüft und die Aussagen des Interviews diskutiert. Abschließend wird im letzten Kapitel der Arbeit ein Gesamtfazit von seitens der Autorin gezogen.

2 Theoretische Auseinandersetzung mit ADHS und Depressionen im Kindesalter

2.1 ADHS

2.1.1 Begrifflichkeit ADHS

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung, abgekürzt ADHS, handelt es sich um eine Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Es treten Probleme in den Bereichen Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Überaktivität auf (Barkley et al. 2011).

2.1.2 Diagnostische Einordnung von ADHS in der ICD-10

In den Medien und in der Fachliteratur gibt es keine einheitliche Begrifflichkeit für ADHS. Im Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (kurz WHO), das ICD-10, wird diesbezüglich von einer „hyperkinetischen Störung“, bzw. als einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung gesprochen (ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders 1992). Währenddessen im DSM-V, von der American Psychiatric Association die Begrifflichkeit „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ deklariert wird (American Psychiatric Association 2013). Dieser Begriff hat sich in der Zwischenzeit international stärker etabliert, weshalb er im folgenden Verlauf der Arbeit vorwiegend angewendet wird (Döpfner et al. 2007).

Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Klassifikationsschemata liegt darin, dass das ICD-10 nicht exakt alle einzelnen Diagnosen standardisiert hat. Im Gegensatz dazu hat das DSM-V alle einzelnen Diagnosen operationalisiert. Bei genauer Betrachtung beider Klassifikationsschemata fällt auf, dass dennoch viele Überschneidungen zu finden sind. Demzufolge legen beide Klassifikationssysteme bestimmte Merkmale fest, die erfüllt sein müssen, damit von ADHS gesprochen werden kann (Döpfner et al. 2007). Dabei müssen:

- *die Symptome mindestens sechs Monate lang in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und angemessenem Ausmaß vorliegen;*
- *die Störung (nach ICD-10) bzw. einige beeinträchtigende Symptome der Störung (nach DSM-IV) bereits vor dem Alter von sieben Jahren auftreten;*
- *die Beeinträchtigung durch diese Symptome sich in zwei oder mehr Lebensbereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause) oder (nach ICD-10) auch an einem anderen Ort zeigen, an dem die Kinder beobachtet werden können (z. B. bei der klinischen Untersuchung);*
- *deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein müssen* (Döpfner et al. 2007, S. 13).

Die entstandene Diagnose unterteilt sich in zwei Subtypen, in F90.0 und F90.1. F90.0 ist die einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, welche die drei Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität und Impulsivität, enthalten und erfüllt sein müssen. Des Weiteren müssen diese Hauptsymptome situationsübergreifend auftreten, wie bereits im vorherigen Abschnitt erwähnt. Unter F90.1 ist die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens verankert. Hier erweitert sich die einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0) mit der Störung des Sozialverhaltens (Döpfner et al. 2007).

2.1.3 Erscheinungsbild von ADHS

ADHS und aggressive Verhaltensstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter. Aufgrund dessen, veranlassen diese Störungen die Meisten bei einem Psychotherapeuten, in Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologischen Diensten und

in kinderpsychiatrischen Einrichtungen vorstellig zu werden. Wie bereits in Punkt 2.1.2 niedergeschrieben sind die Hauptmerkmale ein beständiges Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität. Diese Eigenschaften treten häufiger und intensiver auf, als bei Kinder in einer vergleichbaren Entwicklungsstufe (Döpfner et al. 2007).

Das erste Kriterium sind die Aufmerksamkeitsstörungen, welche sich über verschiedene Lebensbereiche des Kindes erstrecken und nicht isoliert betrachtet werden können. Demnach betrifft es Bereiche aus dem nahen Umfeld des Kindes, wie zum Beispiel das Zuhause, eine Einrichtung, die es besucht oder die Schule, in die es geht. Häufig haben betroffene Kinder Probleme sich auf bestimmte Inhalte zu konzentrieren und dem Fortgang einer Einheit zu folgen. Weiter fällt es ihnen schwer sich bestimmte Sachverhalte zu merken und können diese in der Regel auch nicht wiedergeben. Außerdem lassen sich Kinder mit ADHS leichter von ihrer Umwelt ablenken, was zwangsläufig dazu führt, dass sie ihre Konzentration auf das gerade Stattfindende nicht aufrecht erhalten können (Gawrilow 2012).

Wie bereits deutlich geworden ist, ist Aufmerksamkeit ein vielschichtiges Konstrukt, welches sich auf mehrere Lebensbereiche ausdehnt. Aufbauend darauf ist im Zusammenhang mit der hyperkinetischen Störung die Unterscheidung von selektiver Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit bedeutend. Von selektiver Aufmerksamkeit ist die Rede, wenn zwischen aufgabenrelevanten und irrelevanten Reizen unterschieden wird. Im Alltag lässt sich das feststellen, wenn Kinder sich leicht ablenken lassen und nicht wissen auf welche Reize sie reagieren müssen, also welche für sie in diesem Moment wichtig sind. Die Daueraufmerksamkeit hingegen, meint die Fähigkeit die Aufmerksamkeit für die ganze Dauer einer Aufgabe aufrechtzuerhalten. So wechseln betroffene Kinder des Öfteren ihre Aktivität und verlieren dabei schnell das Interesse, weshalb sie anschließend zur nächsten Aktivität übergehen. Häufig sind bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen beide Formen von Unaufmerksamkeit zu beobachten (Döpfner et al. 2007).

Neben der Störung der Aufmerksamkeit ist ein weiteres Kennzeichen die Impulsivität. Dabei fällt es betroffenen Kindern schwer abzuwarten und unterbrechen den Gegenüber häufig in Gesprächen (Gawrilow 2012). Das Kriterium Impulsivität unterteilt sich, wie bereits die Störung der Aufmerksamkeit, in zwei Komponenten. Dazu gehört zum einen die kognitive Impulsivität, welche sich dadurch charakterisiert, dass Kinder ihr Vorhaben nicht in vollem

Umfang durchdenken, sondern direkt ihrem Impuls nachgehen. Und zum anderen die motivationale Impulsivität. Darunter ist die enorme Problematik zu verstehen, bei der es Kindern nicht möglich ist abzuwarten und ihre Bedürfnisse für einen gewissen Zeitraum aufzuschieben (Döpfner et al. 2007).

Hinsichtlich der bereits genannten Merkmale für eine hyperkinetische Störung folgt in diesem Absatz das letzte Hauptkriterium, die Hyperaktivität. Dementsprechend zeigen Kinder eine Vielzahl von Handlungen und Aktivitäten, die in diesem Maße von Kindern ohne ADHS nicht gezeigt werden (Barkley et al. 2011). Ihnen fällt es äußerst schwer still auf einem Stuhl zu sitzen. Und laufen oder klettern stattdessen herum. Auch fällt es ihnen schwer sich in Aktivitäten zu bremsen und ihren großen Drang zur Bewegung zu reduzieren. Mit der vorzeitigen Diagnosestellung bei jüngeren Kindern sollte allerdings vorsichtig umgegangen werden, da die Hyperaktivität je nach Entwicklungsstand des Kindes unterschiedlich ausgeprägt sein kann, weshalb nicht sofort von einer Hyperaktivität gesprochen werden darf (Döpfner et al. 2007).

Trotz, dass beide Klassifikationssysteme das Auftreten der ADHS Kennzeichen in mehreren Lebensbereichen voraussetzen, können diese in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedliche Intensitäten aufweisen. Vor allem in Situationen, in denen vom Kind eine längere Aufmerksamkeitsspanne und Ausdauer erwartet wird, treten die genannten Symptome stärker auf (Petermann op. 2008).

2.1.4 Behandlung von ADHS im Kindesalter

Bei der Therapie von Kindern mit hyperkinetischen Störungen werden drei unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen voneinander abgegrenzt. Dazu gehören die kindzentrierte, die familienzentrierte sowie die kindergarten- und schulzentrierte Intervention. Werden aus diesen genannten Bereichen mehrere Verfahren kombiniert, so wird von einer multimodalen Therapie gesprochen. Sie beschreibt letztendlich das Zusammenspiel mehrerer Therapien miteinander (Döpfner et al. 2007).

2.1.4.1 Kindzentrierte Behandlungsmaßnahmen

Die kindzentrierten Interventionen zielen vor allem darauf ab, die gezeigten Verhaltensauffälligkeiten durch ein direktes Einschreiten des Therapeuten zu reduzieren. Zu dieser Behandlungsmaßnahme zählt die medikamentöse Therapie und die nichtmedikamentöse Therapie, welche sich beispielsweise durch Methoden des Selbstinstruktionstrainings sowie der Selbstmanagement-Methoden kennzeichnen. (Döpfner et al. 2007).

2.1.4.1.1 Medikamentöse Therapie

Die Präparate für die medikamentöse Behandlung beinhalten in den meisten Fällen Methylphenidat, welches beispielsweise in Ritalin enthalten ist. Durch das Eingreifen dieses Wirkstoffes in den Dopaminstoffwechsel soll eine Verbesserung der Aufmerksamkeit erreicht werden. Das Methylphenidat hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin an den Rezeptoren, wodurch eine erhöhte Anzahl von Dopamin im synaptischen Spalt vorhanden ist. Nach ca. 30 Minuten tritt die erwünschte Wirkung ein und hält ca. drei bis vier Stunden an. In der Zwischenzeit gibt es mittlerweile Medikamente, welche sogar sieben bis zehn Stunden anhalten sollen (Gawrilow 2012).

Neben dem positiven Aspekt der Konzentrationsverbesserung zeigt die Einnahme eines solchen Medikamentes auch zahlreiche negative Aspekte auf. Zu den Nebenwirkungen zählen unter anderem Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, beschleunigter Herzschlag und Blutdruckerhöhung (Barkley et al. 2011).

Trotz der positiven als auch negativen Aspekten bei der Einnahme solchen Präparaten muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass sie nicht zwangsläufig bei jedem Kind einsetzen. Jedes Kind ist ein Individuum, weshalb nicht sichergestellt werden kann, dass sich die Medikamente positiv auswirken. Deshalb ist es von hoher Bedeutung die Medikamente nicht als Wundermittel zu sehen, sondern vielmehr sie als eine Möglichkeit anzuerkennen, um die Symptomatik einer hyperkinetischen Störung einzudämmen (Barkley et al. 2011).

2.1.4.1.2 Nichtmedikamentöse Therapie

Nach der eben beschriebenen medikamentösen Behandlungsmethode, differenziert sich die nichtmedikamentöse Behandlung unter anderem in Selbstinstruktionstraining und das Selbstmanagementverfahren. Mit Hilfe des Selbstinstruktionstrainings soll das Kind seine Selbstregulation verbessern. Diesbezüglich fungiert in der Methode der Therapeut als Modell. Er durchdenkt dabei laut seine einzelnen Handlungsschritte, welche durch eine kontinuierliche Wiederholung allmählich von Kind übernommen und in sein eigenes Handeln eingebettet werden sollen. Um es dem Kind anschaulicher und greifbarer zu gestalten, benutzt der Therapeut sogenannte Signalkarten, die ihm aufzeigen, dass ein neuer Problemlöseschritt vollzogen ist. Im besten Fall ist es dem Kind möglich sein Verhalten bewusst zu lenken und somit Einfluss auf die Hauptsymptome zu haben. (Döpfner et al. 2007).

Als eine weitere Interventionsmaßnahme werden die Selbstmanagement-Methoden genannt. Hier ist eine zentrale Aufgabe das Kind anzuleiten, ihm Methoden aufzuzeigen, um auf seine Verhaltensprobleme zu achten und diese wahrzunehmen. Hinzu soll es dem Kind allmählich leichter fallen in schwierigen Situationen angemessen zu reagieren, denn bei erfolgreicher Bewältigung der Situation ist das Kind selbst in der Lage sich dafür positiv zu bestärken. Bislang gibt es nur wenige Studien, die die Wirksamkeit dieser Methoden bestätigen, da sie in der Regel mit anderen Techniken (u. a. Selbstinstruktionsmethoden und Verstärkungsinterventionen) kombiniert werden (Döpfner et al. 2007).

Nun beschreibt das Schweizer Elternmagazin in ihrer ADHS-Serie, Sport und Bewegung als einen wichtigen Baustein bei Kindern mit ADHS. Der geringe Anteil an Bewegungsangeboten in Einrichtungen und im privaten Lebensumfeld sind dort als mögliche Ursachen für ADHS verbucht. Demzufolge ist es notwendig mehr Sporteinheiten in den Alltag zu integrieren, sei es in der Einrichtung selbst oder bei Freizeitaktivitäten der Kinder. Ist dies der Fall, wäre auch eine Reduzierung oder Verminderung der Symptome denkbar und würde zu mehr Ausgelassenheit bei den betroffenen Kinder führen (Wittwer Amrei).

Aufgrund der Defizite in beispielsweise den Bereichen Unaufmerksamkeit, impulsiven Verhalten und Feinmotorik, schneiden die Kinder in leitungsorientierten Bereichen schlechter ab. Hier könnte ein spezielles Training das Gleichgewicht wiederherstellen, exemplarisch in

Kinder-Yoga, Tai-Chi oder Aerobic. Jedoch ist bei der Auswahl der Sportart darauf zu achten, dass der Puls auf etwa 100 bis 140 ansteigt und die Einheiten mindestens 20 Minuten andauern. Des Weiteren sollen die jeweiligen Bewegungsarten an den individuellen Interessen des Kindes orientieren sein (Wittwer Amrei).

2.1.4.2 Familienzentrierte Behandlungsmaßnahmen

Bei der Behandlung von Kindern mit ADHS sind sowohl die verschiedenen Methoden als auch das familiäre Umfeld von beachtlicher Bedeutung. In diesem Zusammenhang taucht in diversen Fachliteraturen immer wieder das Wort „Psychoedukation“ auf (Wittwer Amrei 2019).

Der Begriff Psychoedukation bezeichnet die systematische Vermittlung von pädagogischem Wissen über ADHS, die Entstehung und den Verlauf der Symptome (Wittwer Amrei, S. 46).

Demzufolge ist es notwendig Eltern, Lehrer und alle anderen Personen, die an der Entwicklung der Kinder beteiligt sind über das Störungsbild ADHS aufzuklären. Darüber hinaus wird ihnen dabei ein gewisses Handwerkszeug mit auf den Weg gegeben, damit der Umgang mit betroffenen Kindern erleichtert und schwierige Situationen besser gemeistert werden können. Dabei sind klare Regeln und Grenzen sowie eine zeitnahe Konsequenz bei nicht Einhaltung wichtig. Weiter ist auf eine positive, wertschätzende Beziehung zum Kind zu achten, welches sich durch Lob, Anerkennung und aktives Zuhören kennzeichnet (Wittwer Amrei).

Neben der vorher genannten Aufklärung ist auch eine Ernährungsumstellung im Leben des Kindes empfehlenswert. Durch die industriellen Lebensmittel, die das Kind zu sich nimmt entsteht ein Mikronährstoffmangel, wodurch die Nerven schlechter funktionieren. Als Folge dieser Mangelernährung treten Symptome von ADHS auf. Leider sind vor allem Lebensmittel ursächlich dafür, die versteckte Kohlenhydrate und Zucker enthalten. Auf diese Lebensmittel sollte die Familie gänzlich verzichten und stattdessen auf Nüsse, Linsen, Eier, Fisch, Gemüse und Obst ausweichen, die gut für die Nerven sind (Wittwer Amrei).

Ergänzend zur Ernährungsumstellung sind Präparate, die Omega-3- und -6- Fettsäuren enthalten empfehlenswert, da sie zu einem Gleichgewicht der Nährstoffe im Körper beitragen (Wittwer Amrei).

Eine Kombination aus dem vorangestellten Elterncoaching und Stärkung der Konzentrationsfähigkeit, sowie der Strukturierung und Emotionsregulation stellt die Verhaltenstherapie dar. Dabei werden gezielt problembehaftete Verhaltensmuster in bestimmte Situationen Zuhause eingebaut, wodurch das Kind in der Lage ist Regeln und Strategien für einen besseren Umgang mit der Situation zu entwickeln (Wittwer Amrei).

2.1.4.3 Kindergartenzentrierte Behandlungsmaßnahmen

Durch ergänzende Einrichtungen außerhalb der Familie haben die pädagogischen Fachkräfte direkten Einfluss auf Kinder mit einer hyperkinetischen Störung. Deshalb müssen bei einer multimodalen Therapie beide Lebensbereiche des Kindes miteinbezogen werden. Das Kind verbringt die meiste Zeit entweder im Kindergarten bzw. in der Schule. Vor allem im schulischen Kontext werden die Hauptsymptome von ADHS am deutlichsten sichtbar (Döpfner et al. 2007).

Da sich diese Arbeit auf den Kitaalltag bezieht, wird im Hinblick darauf an dieser Stelle erwähnt, dass ebenso wie bei den familienzentrierten Ansätzen viele Parallelen zu kindergartenzentrierten Interventionsmaßnahmen gezogen werden können. Dabei muss genauso wie bei den Eltern eine Vermittlung von Wissen hinsichtlich Symptome und Verlauf von ADHS erfolgen. Auch das klare Aufzeigen von Regeln und bei Nichtbeachtung die daraus resultierte Konsequenz kann eins zu eins übernommen werden (Wittwer Amrei).

In der pädagogischen Arbeit hat sich die Verwendung von Verstärkern etabliert. Dazu gehören Token-Systeme, bei denen das erwünschte Verhalten positiv bestärkt wird. Dabei können die Kinder Punkte sammeln und in etwas für sich Gutes eintauschen. Der Verstärker-Entzug hingegen, wie bereits der Name schon verrät, wird dem Kind etwas zuvor Erworbenes bei gezeigtem unerwünschtem Verhalten wieder entzogen. Letzteres hat sich in diversen Studien als wirkungsvoller erwiesen (Döpfner et al. 2007).

2.1.5 Prävalenz

Laut der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (kurz KIGGS) haben 4,8% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland eine diagnostizierte ADHS. So liegt die Prävalenz bei Kindern im Vorschulalter bei 1,5%, im Grundschulalter bei 5,3%, bei den 11-13-Jährigen bei 7,1% und bei den 14-17-Jährigen bei 5,6%. Anhand dieser Zahlen lässt sich ein deutlicher Anstieg bei den Kindern im Vorschulalter zu den Kindern im Grundschulalter erkennen. Es kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass Kinder mit Eintritt in die Schule häufiger die Diagnose ADHS bekommen (Huss M. et al. 2008).

Weiter tritt laut der KiGGS-Studie ADHS bei Kindern aus sozialschwächeren Familien häufiger auf, als bei Familien aus dem mittleren oder höheren Stand. Jedoch muss diesbezüglich angemerkt werden, dass es keine tatsächlichen Beweise gibt, dass diese Annahme zutrifft. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass die Eltern, entweder Mutter oder Vater von einem Kind mit ADHS selbst diese Störung aufweisen, da ADHS eine stark vererbliche Störung ist. Wenn Mutter oder Vater selbst unter den Kernsymptomen leidet, dann wäre es denkbar, dass auch diese Schwierigkeiten während ihrer Schulzeit und ihrem weiteren beruflichen Werdegang hatten. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit an, dass die Familie einen niedrigeren Status einnimmt. Diesbezüglich gibt es jedoch keinerlei Studien die die Abhängigkeit zwischen ADHS und Status aufzeigen (Huss M. et al. 2008; Gawrilow 2012).

Demgegenüber könnte auch angenommen werden, dass Besonderheiten der ADHS, zum Beispiel Kreativität, sich positiv auf den Erfolg in Schule und Ausbildung auswirken (Huss M. et al. 2008; Gawrilow 2012).

Außerdem zeigt die Studie auf, dass Familien mit Migrationshintergrund seltener ein Kind mit diagnostiziertem ADHS haben, als eine Familie ohne Migrationshintergrund. Dennoch liegt die Auftretenswahrscheinlichkeit bei Familien mit Migrationshintergrund höher. Hier werden die Kinder in den bereits mehrfach genannten Kernsymptomen in Einrichtungen auffälliger, trotzdem nutzen die Eltern mit Migrationshintergrund kaum die Angebote eine Beratungsstelle aufzusuchen. Demnach liegt es an der pädagogischen Fachkraft sensibel mit den Familien umzugehen und sie gezielt an weitere Einrichtungen zu verweisen (Huss M. et al. 2008; Gawrilow 2012).

Bezüglich verschiedener Wohnorte hat die KiGGS-Studie herausgefunden, dass sich keine Auswirkungen hinsichtlich der Häufigkeit von ADHS aufzeigen lassen. Demnach spielt es keine Rolle, ob ein Kind in Ost- oder Westdeutschland, in einer kleinen oder großen Stadt, aufwächst (Huss M. et al. 2008; Gawrilow 2012).

2.2 Depressionen

2.2.1 Begrifflichkeit Depression

Eine Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationschwächen gekennzeichnet sein kann. Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen (Weltgesundheitsorganisation 2019).

2.2.2 Diagnostische Einordnung von Depressionen in der ICD-10

Die Diagnose Depression beinhaltet viele weitere detaillierte Störungsbilder, die aber wegen ihrer grundlegenden Gemeinsamkeiten zu diesem Überpunkt zusammengefasst werden. Sie unterscheiden sich lediglich beispielsweise in den Punkten Dauer und Schweregrad (Groen und Petermann 2011).

Wie auch bei der Klassifikation von ADHS können bei Depressionen die beiden bekannten Klassifikationssysteme DSM-IV bzw. DSM-IV-TR und das ICD-10 herangezogen werden, denn beide Systeme ordnen depressive Störungsbilder auf ähnlicher Weise ein (Groen und Petermann 2011). Die Verfasserin der Arbeit geht im weiteren Verlauf jedoch nur auf das Klassifikationssystem nach ICD-10 ein.

Depressionen werden im ICD-10 im Kapitel F3 „Affektive Störungen“ aufgeführt. Dabei findet eine Unterscheidung zwischen einer depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Dysthymia und weiteren Restkategorien statt. Des Weiteren wird angemerkt,

dass keine wesentliche Unterscheidung zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und Erwachsenen erfolgt und deshalb die gleichen Kriterien erfüllt werden müssen, damit eine Depression diagnostiziert wird. Von einer depressiven Episode, die in F32 aufzufinden ist, wird gesprochen, wenn die Phase länger als zwei Wochen andauert und nicht auf andere Störungen, sei es durch Medikamente oder organischen Ursachen, zurückzuführen ist. Betroffene leiden unter Antriebslosigkeit und einer eher gedrückten Stimmung. Außerdem ist es ihnen in der Phase nicht möglich Freude, Interesse und Konzentration zu zeigen. Weitere Kennzeichen sind Müdigkeit, Appetitlosigkeit und ein geringes Selbstwertgefühl (Dilling 2010).

In F33 ist die rezidivierende depressive Störung verankert, welche sich dadurch auszeichnet, dass neben einer aktuellen depressiven Phase eine weitere depressive Phase in der Vergangenheit des Betroffenen zu finden ist. Dabei muss sie sich aber auch über einen längeren Zeitraum von mehr als zwei Wochen erstrecken. Außerdem müssen zwischen den depressiven Episoden mindestens zwei Monate Abstand sein, in dem ein halbwegs symptomfreier Leben geführt wird (Groen und Petermann 2011).

Die depressive Episode und die rezidivierende depressive Störung lassen sich hinsichtlich ihrer Schwere, der Kumulation der Symptome und des Ausmaßes der Beeinträchtigung in „... *leicht (F32.0 bzw. F33.0), mittelgradig (F32.1 bzw. F33.1), schwer ohne psychotische Symptome (F32.2 bzw. F33.2) oder schwer mit psychotischen Symptomen (F32.3 bzw. F33.3)*“ kategorisieren (Groen und Petermann 2011: 24).

Je schwerer die depressive Episode ist, desto eingeschränkter sind betroffene Kinder in ihrem Alltag. Kinder, die an einer leichten depressiven Störung leiden, können weitestgehend am alltäglichen Leben teilnehmen. Hingegen Kindern, die eine mittelgradige oder schwere Episode haben, sind in ihrem normalen Leben stark bis sehr stark eingeschränkt (Groen und Petermann 2011).

Von den bereits genannten Unterscheidungen ist die Dysthymia abzugrenzen. Hier zeigen Betroffene monatelang eine müde und depressive Grundstimmung, welche nur durch sehr kurze normale Phasen unterbrochen wird. Bei Kindern sieht das ICD-10 eine Diagnose diesbezüglich nicht zwangsläufig vor, da sie gewöhnlich erst im frühen Erwachsenenalter auftritt (Groen und Petermann 2011).

2.2.3 Erscheinungsbild von Depressionen

Die Anzeichen für eine Depression im Kindesalter können sehr unterschiedlich sein. Gerade deshalb fallen Kinder mit Depressionen nicht so stark auf und werden leicht übersehen. Aus diesem Grund wird bei der Ermittlung der Symptome nicht nur auf Aussagen der Bezugspersonen geachtet, sondern vielmehr das Hauptaugenmerk auf die Kinder gelegt, welche beobachtet und befragt werden (Harrington und Jans 2013).

Die Ermittlungen haben folgende Leitsymptome ergeben, die mindestens eine Dauer von mehr als zwei Wochen betragen sollen. Dazu zählen eine gedämpfte Grundstimmung, Interessensverlust bei Angelegenheit, die zuvor Freude bereitet haben, die fehlende Motivation sich in Bewegung zu setzen und die starke Ermüdbarkeit. Weitere zusätzliche Symptome die einher mit den Leitsymptomen gehen sind u. a. Konzentrationsverminderung, geringes Selbstvertrauen bzw. Selbstwertgefühl sowie Schlafstörungen und Appetitveränderungen (Harrington und Jans 2013). Die zusätzlichen Anhaltspunkte zeigen starke Parallelen zu den Kennzeichen einer hyperkinetischen Störung, siehe Kapitel 2.1.3 Erscheinungsbild von ADHS, auf. Demnach ist nach Meinung der Autorin eine Fehldiagnose in dem Bereich durchaus denkbar.

Die genannten Symptome kennt jeder Mensch in seinem Leben. Es gibt Phasen, die von Traurigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen und Schlafstörungen geprägt sind. Dennoch unterscheiden sich diese von einer depressiven Störung. Viel mehr zeigen die Symptome bei einem nicht depressiven Menschen ein Ungleichgewicht im Leben auf, welches wieder korrigiert werden muss (Harrington und Jans 2013).

Zusammenfassend kann von einer Depression gesprochen werden, wenn eine oder mehr Symptome aus den Bereichen Emotion, Kognition und Körper vorliegen. Die betroffene Person nicht die Anforderungen aus dem Leben bewältigen kann und die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten (Harrington und Jans 2013).

2.2.4 Behandlung von Depressionen

Neben der hyperkinetischen Störung gehören auch Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen. Sie erstrecken sich über die gesamte Lebensspanne und führen zu starken

Beeinträchtigungen bei dem Betroffenen. Demnach ist eine frühzeitige Behandlung notwendig um den Therapieverlauf positiv zu beeinflussen und die Spätfolgen zu vermindern. Eine Garantie, dass der Verlauf bei einer frühen Behandlung positiv verläuft kann nicht gegeben werden, da dieser von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. Beispielsweise zählt dazu, wenn das Kind schon sehr früh an einer Depression leidet, dann wird eher von einem ungünstigen Störungsverlauf ausgegangen (Groen 2012).

2.2.4.1 Rahmen und Setting

Der Begriff „Rahmen“ beschreibt in diesem Kontext Behandlungsbedingungen, damit ein psychotherapeutischer Prozess stattfinden kann. Dabei soll zu Beginn der Therapie ein verlässlicher Rahmen auf mehreren Ebenen hergestellt werden, der wiederum Basis für den Prozess darstellt. Dementsprechend werden kontinuierliche Terminvereinbarungen getroffen, die Dauer der Sitzung notiert und die Verschwiegenheit als auch die Vertraulichkeit zugesichert. Weiter wird festgehalten, dass zwischen Patienten und Therapeut in der Regel kein körperlicher Kontakt entsteht und es zu keinen persönlichen Kontakten außerhalb der Therapie kommt. Auch Grundregeln, wie das freie Erzählen des Patienten und die dauerhafte Aufmerksamkeit des Therapeuten werden aufgeführt (Baumeister-Duru et al. 2018).

Der Rahmen stellt ein beständiges Element des psychotherapeutischen Prozesses dar. So geben fest verabredete Termine, zur selben Zeit und am selben Tag den Patienten Sicherheit und vermitteln ein Gefühl von Verlässlichkeit. Besonders bei Kindern ist der Rahmen ein wichtiges Konstrukt im Prozessverlauf. Bei einer Veränderung des Rahmens können unbewusste Ängste bei dem Patienten hervorgerufen werden. (Baumeister-Duru et al. 2018).

Neben dem bereits genannten Rahmen folgen nun wichtige Voraussetzungen und Eigenschaften des therapeutischen Settings. Dabei kommen dem freien Spiel sowie der freien Assoziation die gleiche Bedeutung zu. Die Grundregel besagt diesbezüglich, dass die Patienten aufgefordert werden frei auszusprechen, was ihnen durch den Kopf geht. Bei Kindern wird zusätzlich vereinbart, dass sie sich oder den Therapeuten nicht verletzen dürfen und dass der Spielraum nicht zerstört werden darf. Zielführend soll damit erreicht werden, dass das Kind vor Selbstschädigung und die daraus resultierenden eigenen Schuldvorwürfe geschützt wird (Baumeister-Duru et al. 2018).

Eine weitere Voraussetzung für das Setting ist der Behandlungsraum, der sowohl für das Spiel als auch für Gespräche geeignet sein soll. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll den Raum in mehrere Bereiche zu unterteilen. Im Spielbereich ist darauf zu achten, dass das Kind nicht von zu vielen Spielgegenständen überflutet wird und es Spielmaterialien enthält, die das kreative Gestalten ermöglichen. In der Praxis hat sich die Verwendung eines Kartons bewährt, in dem das Kind seine Werke aufbewahrt und zu dem kein anderer Zugang hat. Am Ende des Prozesses dient der Inhalt des Kartons als gute Grundlage für die Reflexion der Behandlung und darf abschließend vom Kind mit nach Hause genommen werden (Baumeister-Duru et al. 2018).

Als weitere Regel, muss der Raum dahingegen gestaltet sein, dass der Therapeut seine ganze Aufmerksamkeit dem Kind schenken kann und nicht von anderen Einflüssen abgelenkt wird. Dabei ist eine neutrale Haltung des Therapeuten gegenüber dem inneren Konflikt des Patienten einzunehmen, was nicht heißt, dass man sich neutral gegenüber dem Patienten verhält. Vielmehr soll der Therapeut in der Lage sein die Mehrdimensionalität des Konflikts wahrzunehmen und behandeln zu können (Baumeister-Duru et al. 2018).

Die nächste Grundregel beinhaltet die Abstinenz des Therapeuten. Demnach sollen nicht seine Werte und Normen dem Kind aufgebunden werden oder das Privatleben des Therapeuten eine Rolle spielen. Außerdem sollen keine persönlichen Erlebnisse dem Patienten erzählt oder für sich einen Gewinn aus der Behandlung gezogen werden. Dem Patienten wird dadurch ermöglicht, den Therapeuten Rollen zu teilkommen zu lassen, die es möchte. Häufig binden Kinder den Therapeuten aktiv in das Spiel mit ein, was oft sogar als hilfreicher Baustein in der Therapie verstanden wird (Baumeister-Duru et al. 2018).

Nachdem nun die Regeln für den Behandlungsprozess aufgezeigt wurden, folgen im nächsten Abschnitt die einzelnen Phasen des Behandlungsprozesses, die auf dieser Grundlage aufbauen.

2.2.4.2 Phasen des Behandlungsprozesses

Behandlungsbeginn und Anfangsphase:

Am Anfang der Therapie stehen der Aufbau einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeuten und Patient sowie die Schaffung eines Arbeitsbündnisses im Vordergrund. Ein Arbeitsbündnis entsteht durch die Motivation des Patienten sich konsequent mit seinen Gefühlen auseinanderzusetzen, aktiv mitzuarbeiten und die Deutungen des Therapeuten aufzunehmen. Schon von Beginn an signalisiert der Therapeut, dass sie gemeinsam am Behandlungsprozess arbeiten. Gerade im Hinblick auf den gesamten Behandlungsprozess ist es ebenso wichtig mit den Eltern ein Bündnis herzustellen, da sie wesentlich an der Therapie beteiligt sind. Viele Eltern erleben es allerdings als Kränkung oder Versagen, wenn sie ihr Kind zu einem Therapeuten bringen müssen, bringen aber dennoch den Wunsch ein die Ursachen herauszufinden und die Symptome zu vermindern oder aus dem Weg zu räumen. Auch geben Eltern ein Stückweit die Kontrolle des Kindes ab und lassen zu, dass ihr Kind sich einem anderen anvertraut. Das braucht Zeit und auch von Seiten der Eltern Vertrauen gegenüber dem Therapeuten. Um entsprechendes Vertrauen aufzubauen ist es von hoher Bedeutung offen über eigene Gefühle zu sprechen (Baumeister-Duru et al. 2018).

In der Regel bestehen die gezeigten Symptome schon über einen längeren Zeitraum, wodurch es zu einer hohen Belastung innerhalb der Familie kommt. Gerade deshalb erleben Familien den Beginn einer Behandlung als Entlastung und sind dankbar einen Ort gefunden zu haben, an dem sie ihre Gedanken und Gefühle äußern können und dort auch gehört und wahrgenommen werden. Durch das Gefühl des Aufgefangen Werdens seitens der Eltern und des Kindes ist es möglich, dass schon nach kurzer Zeit die lang gezeigten Symptome vorübergehend verschwinden. Dies kann zum Trugschluss führen, dass Eltern die Therapie beenden wollen, da die Symptome in verminderter Weise oder vollständig verschwunden sind. Hier ist es unbedingt notwendig Eltern entsprechend aufzuklären und sie zur Fortführung der Therapie des Kindes zu bewegen (Baumeister-Duru et al. 2018).

Schon während der ersten Phase öffnet sich der Patient gegenüber dem Therapeuten und lässt ihm teilweise an seinem inneren Erleben teilhaben. Durch die Reflexion des Erlebten versteht der Therapeut immer mehr, was in seinem Patienten vorgeht und kann seine Deu-

tungen auf den Patienten übertragen. Diese Übertragungs- und Gegenübertragungsbewegungen ziehen sich durch den gesamten Behandlungsprozess und tragen zu einer Bearbeitung der bestehenden Konflikt- und Beziehungsdynamik bei (Baumeister-Duru et al. 2018).

In der nächsten Behandlungsphase wird untersucht, welche Affekte zu der gezeigten Symptomatik geführt haben. Sie werden dabei gemeinsam ausgehalten, in Zusammenhang gebracht und zusammen bearbeitet (Baumeister-Duru et al. 2018).

Mittlere Phase der Behandlung:

Die mittlere Phase hat sich zum Inhalt gemacht, tiefer in die Konflikte des Patienten einzusteigen. Dabei ist besonders wichtig, dass sich in der Anfangsphase eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut hat, denn nur auf dieser Grundlage verwendet der Patient den Therapeuten bei der Darstellung seiner Konflikte immer mehr. Hinsichtlich des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen wird beobachtet, dass sie intensiver, stärker und detailreicher werden. Erst ab etwa der 70. Therapiestunde werden negative Übertragungsaspekte in den Therapieverlauf von seitens des Patienten eingebaut (Baumeister-Duru et al. 2018).

Die Transition von Anfangsphase zu Mittlerer Phase lässt sich an diversen Indikatoren feststellen. Dazu gehört, dass sich zwischen Therapeut und Patient eine tragbare Vertrauensbasis entwickelt und der Patient in der Lage ist seinen Blick auf sein eigenes Erleben zu richten. Weiter sind die vereinbarten Termine ein fester Bestandteil im Alltag des Patienten. Diese Entwicklungen des Patienten sind nötig, um sich im weiteren Therapieverlauf mit dem Schwierigen zu befassen. Dabei ist die kontinuierliche Wiederholung der Deutungen in schwierigen oder angstauslösenden Situationen wichtig. Genau durch diese Wiederholungen wird dem Patienten ermöglicht seine Phantasien und mögliche Ängste zu kontrollieren und neue Copingstrategien zur Bewältigung der Situation zu probieren. Für das Durcharbeiten dieser einzelnen Situationen wird viel Zeit und hohe Motivation des Patienten benötigt (Baumeister-Duru et al. 2018).

Häufig ist in der Praxis festzustellen, wenn die negativen Übertragungen in den Fokus rücken, dass die Therapie vom Patienten nicht mehr so zielstrebig und konsequent durchgeführt wird. Dies zeigt sich vor allem beim Versäumen von vereinbarten Terminen oder durch

mehrmaliges Zuspätkommen (Baumeister-Duru et al. 2018). Anzunehmen seitens der Autorin ist an dieser Stelle, dass sich die Patienten nicht mit dem Negativen befassen möchten und deshalb versuchen solche Situationen zu meiden.

Durch das gemeinsame Bearbeiten dieser Sequenzen führt es allmählich zu einem veränderten Blick des Patienten auf sein Inneres. Während des Prozesses hat er gelernt, dass der Therapeut ihn nicht fallen lässt, sondern weiter an seiner Entwicklung teilnimmt (Baumeister-Duru et al. 2018).

In diesem komplexen Prozess sind immer wieder die Rückkopplung und der Einbezug der Bezugspersonen von hoher Bedeutung, da sie direkten Einfluss auf den Patienten haben. Bei dem Informationsaustausch zwischen Therapeut und Bezugspersonen ist darauf hinzuweisen, dass die Behandlung zurückfallen und stocken kann. Gerade in solchen Momenten sind die Bezugspersonen gefragt, die den Patienten zum Weiterführen der Therapie motivieren (Baumeister-Duru et al. 2018).

Beendigungsphase:

Beim Beenden einer Therapie muss der Abschluss langfristig geplant und die Bündnisse – Patient bzw. Eltern – in den Blick genommen werden. So bald Therapeut und Patient erkennen, dass die Konflikte in befriedigender Weise gelöst und bearbeitet sind, geht es in die Vorbereitung der Beendigung. In der Abschiedsphase ist es möglich, dass die Symptome, welche während des Behandlungsanfangs gezeigt wurden, erneut auftreten. Grund dafür ist das Unterbewusstsein, dass keine Beendigung der Behandlung möchte (Baumeister-Duru et al. 2018).

Das Vorgehen bei der Beendigung ist immer individuell. Es gibt keine bestimmten Methoden, die bei allen Patienten angewendet werden können. Insbesondere geht es darum, dass der Patient die bevorstehenden Gefühle, wie Trauer, Wut usw., erlebt und durcharbeitet. Bisherige Erfahrungen in Bezug auf diese Gefühle werden wieder in das Gedächtnis gerufen und wahrgenommen (Baumeister-Duru et al. 2018).

Am Ende der Therapie wird der gesamte Behandlungsprozess und die darin stattgefundenen Veränderungen des Patienten reflektiert. Bei Kindern ist es sinnvoll, die angefertigten Bilder

oder Kunstwerke heranzuziehen, um den Kindern daran zu verdeutlichen, welche Entwicklungen sie durchlaufen haben (Baumeister-Duru et al. 2018).

2.2.5 Besonderheiten bei der Behandlung von Depressionen

Eine Besonderheit ist, wie in der noch nachfolgenden ersten Hypothese angenommen, dass Kinder mit Depressionen über einen längeren Zeitraum nicht auffallen. Falls es dann zum Erkennen der psychischen Störung kommt, reagieren Bezugspersonen sowie Fachkräfte häufig mit eigenen Schulvorwürfen, warum sie die Störung nicht schon eher erkannt haben. In diesem Kontext versuchen sie die Situation zu kompensieren, indem Sie in ihrem Erzieherverhalten nachgiebiger und inkonsequenter agieren. So erlauben sie nun Dinge, die sie zuvor niemals genehmigt hätten (Groen 2012).

Außerdem fühlen sich Bezugspersonen als auch Fachkräfte herausgefordert, gegen die gedrückte Stimmung des Kindes vorzugehen. Auch im Alltag bemerken wir bei uns eher das Gefühl von Mitleid, wenn wir mit Menschen, die an einer Depression leiden, zu tun haben. In deren Gegenwart versuchen wir krampfhaft keine negativen Gefühle zu zeigen (Groen 2012).

Hier erleben sich Fachkräfte und Bezugspersonen als hilflos und wissen nicht, wie sie dem betroffenen Kind helfen können. Dabei treten häufig Gefühle wie Wut und Ärger auf, die im Zusammenspiel mit großer Hilflosigkeit einhergehen (Groen 2012).

Neben der Hilflosigkeit treten weitere Emotionen auf. Das Schamgefühl zeigt sich vor allem darin, dass solch eine Störung im nahen Umfeld überhaupt auftritt. Betroffene Familien versuchen nach Außen die Störung zu vertuschen bzw. zu verheimlichen und spielen eine heile Welt vor (Groen 2012).

Zusammenfassend ist in dem Kapitel festzuhalten, dass die eigenen Gefühle, sei es bei den Bezugspersonen oder bei den Fachkräften in Bezug auf das depressive Kind, ernst und als wichtig eingestuft und wahrgenommen werden sollen. Aus dieser Gefühlswahrnehmung heraus können betroffene Familienmitglieder Hilfe suchen und zum Beispiel mit Verwandten, Freunden oder Bekannten über die Situation sprechen. Außerdem können die eigenen Gefühle bei den Familien als auch bei den Fachkräften einen Anreiz darstellen, sich näher

mit der Thematik zu befassen und einige hilfreiche Strategien im Umgang mit einem depressiven Kind herauszufinden (Groen 2012).

2.2.6 Prävalenz

Die Frage ob Kinder überhaupt an Depressionen erkranken können, ist lange Zeit umstritten gewesen. In der Zwischenzeit ist jedoch nachgewiesen, dass auch Kinder an depressiven Störungen leiden können (Harrington und Jans 2013). Sie zeigen durchaus bereits im Kindes- und Vorschulalter Symptome, die für eine Depression sprechen, auf. Doch diese sind weniger in das Störungsbild integriert. Die Diagnose scheint vielmehr, trotz einiger Studien, sehr umstritten und nur bei Einzelfällen greifbar zu sein (Groen und Petermann 2011).

Die diagnostizierten Depressionen im Kindesalter sind vergleichsweise deutlich geringer als bei Jugendlichen, denn sie steigen mit zunehmendem Alter an. Es lässt sich aber sagen, dass das Geschlecht bei Kindern keine Anhaltspunkte bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit liefert. Vielmehr zeigt sich im Allgemeinen eine erhöhte Tendenz, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung zu erkranken, wie bereits in diversen Studien nachgewiesen ist, im Kindesalter zunimmt (Groen und Petermann 2011).

So wird zum jetzigen Zeitpunkt angenommen, dass Vorschulkinder mit einer Prävalenz von unter 1%, 2% im Kindesalter und im Jugendalter von 4 bis 5% an einer Depression erkranken. Die bereits genannten Symptome in Kapitel 2.2.3 Erscheinungsbild von Depressionen sind häufige Begleiterscheinungen von anderen psychischen Erkrankungen, weshalb sie in klinischen Stichproben relativ häufig auftauchen (Harrington und Jans 2013).

3 Bisherige Forschungsergebnisse

Laut Dr. Amrei Wittwer, die im Mai 2019 einen Artikel im Focus online veröffentlicht hat, fordert sie ein Umdenken in Bezug auf ADHS. Demnach wird heutzutage viel zu schnell eine medikamentöse Behandlung bei ADHS angestrebt. Jedoch wird in derzeitigen Studien deutlich, dass die Verabreichung der üblichen Medikamente bei ADHS keinen Nutzen für den Betroffenen aufweisen, sondern lediglich eine Vielzahl von Nebenwirkungen mit sich

zieht. So wirken diese Medikamente negativ auf die kindliche Entwicklung und beeinflussen das innere Erleben in hohem Maß. Außerdem wird aufgezeigt, dass ADHS keine Krankheit ist, da Betroffene keine organische oder funktionale Störung zeigen. Demnach ist die medikamentöse Therapie nicht zielführend, vielmehr sollten alternative Behandlungsmöglichkeiten ergriffen werden (vgl. 2.1.4.1.2 Nichtmedikamentöse Therapie) (Wittwer Amrei).

Dabei spielen viele Faktoren im direkten Umfeld des Kindes eine bedeutende Rolle. Diesbezüglich erfordert es in den meisten Fällen eine Veränderung der bisherigen Lebensgewohnheiten. Dazu gehören unter anderem die Essgewohnheiten auf eine gesunde Ernährung umzustellen und die Mediennutzung deutlich einzuschränken. Wenn die bisherigen Lebensgewohnheiten umgestellt sind, ist der Einsatz von Psychopharmaka sinnlos (Wittwer Amrei).

Hingegen vieler Forschungen und Studien im Bereich ADHS sind Studien bei Depressionen im Kindesalter kaum untersucht. Neben den wenigen Forschungsergebnissen ist dennoch ein Fortschritt zu verbuchen. Anstatt bislang nur eine Unterscheidung in internalisierte und externalisierte Symptome vorzunehmen, wird jetzt jede Störung genau differenziert. Infolgedessen kann eine Unterscheidung zwischen Stimmungs- und Angststörungen erfolgen. Jedoch wird momentan kontrovers diskutiert, ob Stimmungs- und Angststörungen zusammenfallen oder separat gesehen werden sollen. Diesbezüglich müssen weitere Untersuchungen stattfinden, da es bislang keine genauen Forschungsergebnisse gibt (Tandon et al. 2009).

Momentan umfasst die Behandlung von Depressionen im Kindesalter die medikamentöse Therapie, Psychoedukation sowie die psychosoziale und psychotherapeutische Therapie, wobei diese nicht durch empirische Überprüfung unterstützt wird. Beispielsweise der Anstieg von verschriebenen Antidepressiva und deren Auswirkungen ist auf jetzigen Forschungsstand in keiner Längsschnittstudie untersucht worden (Tandon et al. 2009).

Alles in allem lässt sich festhalten, dass Depressionen im Kindesalter noch weiterer Forschungen und Studien bedürfen, um genauere wissenschaftlichere Aussagen treffen zu können (Tandon et al. 2009).

4 Hypothesen zur Thematik

Bei der Literaturrecherche hinsichtlich der vorangestellten Forschungsfrage ist die Autorin auf einen englischsprachigen Artikel, namens „*Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders*“ (Tandon et al. 2009), gestoßen, der zwei Hypothesen formuliert. Diese beiden Grundhypothesen hat die Autorin weiter ausformuliert und möchte sie gerne auf Richtigkeit überprüfen, weshalb sie im Folgenden genannt und mit persönlicher Erfahrung der Texterin untermauert werden.

1. Forschungshypothese

Fachkräfte nehmen internalisierende (depressive) Verhaltensweisen gegenüber externalisierende (hyperaktiven) Verhaltensweisen als weniger problematisch dar und übersehen diese leichter.

Auf Grund persönlicher Erfahrungen der Verfasserin als Erzieherin, lässt sich daraus schließen, dass Kinder, die ruhiger sind einfach weniger stark auffallen als Kinder, die sehr lebhaft und aktiv sind. Die lebhaften Kinder fordern ihr Maß an Aufmerksamkeit unverzüglich ein, da die Fachkraft sie häufig zurechtweisen muss. Deshalb bleiben für die ruhigeren Kinder nur wenig Zeit und die Fachkraft ist teilweise sogar sehr froh, wenn einige Kinder ruhig an der Aktivität teilnehmen und nicht extra auffallen.

Im Alltag der Autorin sind ihr einige ruhige Kinder aufgefallen, auf die aber nicht besonders eingegangen wird. Bei mehrmaliger Nachfrage bei Kolleginnen sind Aussagen wie, dass Kind sei einfach schüchtern oder die Mutter ist auch so, aufgetaucht. Deshalb geht die Texterin der Hypothese nach, dass Kinder mit Depressionen, die in der Regel ruhiger sind, als weniger problematisch eingestuft werden.

2. Forschungshypothese

Fachkräfte empfinden Kinder mit ADHS belastender als Kinder mit Depressionen.

Nach Annahme der Autorin aus ihrer Praxis liegt dies daran, dass Kinder mit ADHS als störender/nerviger also belastender, wahrgenommen werden. Die pädagogische Fachkraft ist bei Kindern mit ADHS dauerhaft dazu aufgefordert einzuschreiten und die gesetzten Regeln

konsequent durchzusetzen. Auch im Alltag lassen Kinder mit ADHS Fachkräften kaum Luft zu verschnaufen, sie fordern die Aufmerksamkeit ein, die sie in diesem Moment benötigen. Bei Aktivitäten oder Angeboten hemmen sie die pädagogische Fachkraft daran, ihr Angebot geradlinig durchzuführen, da die Fachkraft häufig damit beschäftigt ist die Aufmerksamkeit der Kinder auf das Angebot zu lenken. Auf Grund des stressigen Alltags einer pädagogischen Fachkraft ist es anzunehmen, dass Kinder mit ADHS belastender als Kinder mit Depressionen wahrgenommen werden.

5 Methodenauswahl und empirische Erhebung

Im folgen Verlauf der Arbeit wird die verwendete Methode und die empirische Datenerhebung vorgestellt.

5.1 Stichprobe und Zugang

Bei der Auswahl für das Leitfadeninterview hatte sich die Autorin dieser Arbeit für acht Fachkräfte verschiedenen Alters entschieden, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erlangen. Die Fachkräfte waren alle, wie auch die Verfasserin selbst, in einem Kindergarten tätig. Ausschlaggebend für die Auswahl der Fachkräfte war vor allem die Tatsache, dass seit Kurzem ein Kind mit diagnostizierten Depressionen aber auch Kinder mit diagnostiziertem ADHS die Einrichtung besuchten und die Fachkräfte teils hilflos aber auch unwissend hinsichtlich der Thematiken erschienen.

Für die Durchführung der Interviews war im Vorfeld eine gute Kommunikation zwischen der Einrichtungsleitung und der Verfasserin dieser Arbeit notwendig. Um etwaige Terminüberschneidungen zu vermeiden, hatten sie gemeinsam in einem großen Team mit allen Interviewpartner Termine für die Interviews vereinbart. Was hier natürlich sehr positiv festzustellen war, war dass die Verfasserin selbst in der Einrichtung tätig war und es daher zu keinen großen Problemen bei der Terminfindung kam.

5.2 Befragungsinstrument

Damit die Hypothesen aus Punkt 4 beantwortet werden können, wurde ein strukturiertes Leitfadenterview durchgeführt. Jeder Fachkraft wurden diesbezüglich zwar die gleichen Interviewleitfragen gestellt, dennoch hatten sie die Möglichkeit individuell zu antworten. Die einzelnen Fragen bezogen sich auf das initiierte Fallbeispiel der Autorin, bei dem es sich um eine alltägliche Situation handelte (siehe Anhang). Des Weiteren beinhaltete das Beispiel zwei Kinder, welche näher erläutert und dargestellt wurden. Bei dem ersten Kind (namens Tim) sprachen die Symptome eher für das Störungsbild ADHS bei dem zweiten Kind (namens Felix) für Depressionen.

Für die Durchführung der einzelnen Interviews wurde im Vorfeld mit der Leitung der Einrichtung ein geeigneter Raum ausgesucht, dieser lag im Dachgeschoss der Einrichtung, da dort sichergestellt wurde, dass es zu keinerlei Störungen während des Interviews kommt. Des Weiteren hatte sich die Autorin ihre Aufzeichnungen, Papier und Stifte zurechtgelegt, damit es zu keiner Verwirrung ihrerseits kam und somit ein guter Verlauf des Interviews garantiert wurde.

Zu Beginn des Interviews wurde das eben genannte Fallbeispiel laut und verständlich vorgelesen. Falls es zu inhaltlichen Verständnisproblemen kam, wurden diese beseitigt. Bevor die erste Leitfadenterviewfrage gestellt wurde, erklärte die Autorin dieser Arbeit der Fachkraft, dass jetzt das weitere Gespräch per Audiodatei aufgenommen wird, um später sicherzustellen, dass alle Aussagen ausgewertet werden können. Das Interview startete mit einer Entscheidung der Fachkraft, bei welchem Kind sie einen höheren Handlungsbedarf sieht. Nun folgte als nächstes die Frage, welches Elterngespräch sie zeitnah anlegen würde, um zu erfahren, welches Störungsbild sie als dringlicher empfindet. Darauf aufbauend sollte im weiteren Verlauf des Interviews die Fachkraft mögliche Störungsbilder erkennen. Hier ließ sich feststellen, ob es den Fachkräften möglich ist, anhand einer kurzen Beschreibung des Kindes Rückschlüsse auf etwaige Störungsbilder ziehen zu können und gegebenenfalls in der Praxis den Eltern einige Fördermaßnahmen aufzuzeigen.

Nachdem sich die Fachkraft mit den Kindern näher vertraut gemacht hatte, sollte sie nun ihre eigenen Gefühle und Gedanken für jedes Kind äußern. Hier standen vor allem die Fra-

gen im Vordergrund „Was macht das jeweilige Kind mit mir in meinen Alltag?“ und „Welche Gefühle kommen bei mir auf, wenn ich an so ein Kind aus meiner Praxis denke? Um die Unterschiede noch deutlicher aufzuzeigen, erforderte die nächste Frage von den Fachkräften eine genaue Zahl von eins bis zehn, wie hoch die Belastung des jeweiligen Kindes im Alltag ist. Dabei steht die Zahl eins für eine geringe Belastung und die Zahl zehn für eine sehr hohe Belastung der Fachkraft.

Anschließend an diese Einschätzung sollten die Fachkräfte eine Prozentzahl benennen, inwieweit sie der Aussage: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS, zustimmen. Dabei gilt 100% als die vollständige Zustimmung und 1% als sehr geringe Zustimmung. Um herauszufinden warum sich die Fachkraft genau für diese Prozentzahl entschieden hatte, wurde das Interview mit der Frage abgeschlossen, warum sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden hatte.

Zu guter Letzt bedankte sich die Verfasserin bei der befragten Fachkraft und wünschte ihr noch einen angenehmen Arbeitstag.

5.3 Datenerhebung

Bei diesem Leitfadenterview wurden acht Fachkräften im Alter zwischen 20 und 60 Jahren befragt, welche gemeinsam in einem Kindergarten in einer mittleren Kleinstadt tätig waren.

Bei der Auswahl der Interviewpartner setzte die Verfasserin der Arbeit auf ihre bisherigen Erfahrungen mit ihren Kollegen. Hier spielte vor allem die Tatsache eine wichtige Rolle, dass sie wusste, welche Fachkräfte in ihrem privaten oder beruflichen Kontext mit Depressionen zu tun hatten und welche nicht. Erfahrungen hinsichtlich Depressionen ließ sich bei Fachkraft 2, Fachkraft 3 und Fachkraft 8 feststellen. Die übrigen Fachkräfte hatten laut dem Wissenstand der Schreiberin bislang noch keinen Bezug zu dieser Thematik. Auf Grund dem Verhältnis zwischen der Autorin und den Fachkräften war es ihr möglich, gezielt ihre Interviewpartner auszusuchen um Rückschlüsse daraus zu ziehen, ob sich deshalb die Antworten und die Einschätzungen von Fachkräften ohne diversen Hintergrund von denen mit etwai-gem Background unterschieden.

Durch die stricte Aussortierung der Fachkräfte war es der Schreiberin der Arbeit bewusst, dass sie deshalb einige Fachkräfte vom Interview ausschloss. Trotzdem fand sie es bedeutsam, damit sie gezielt auf ihre Forschungsfragen Antworten erhielt. Darüber hinaus achtete sie bei der Auswahl der Fachkräfte darauf, dass diese eine pädagogische Ausbildung absolviert hatten.

Die einzelnen Interviews dauerten zwischen zwei und fünfeinhalb Minuten. In dieser Zeit hatte jede Fachkraft die Möglichkeit so ausführlich zu antworten, wie sie mochte. In Folge dessen erklärte sich die weite Spanne der Dauer der einzelnen Interviews.

6 Ergebnisse, Auswertung und Zusammenfassung

Bevor die Interviews starteten war jeder Fachkraft erklärt worden, wie das weitere Vorgehen ist, damit Transparenz und Sicherheit gewährleistet wurde. Im Zuge dessen wurde den Fachkräften mitgeteilt, dass sie in dieser Arbeit nicht namentlich erscheinen werden, sodass sie frei antworten und entscheiden konnten. Auch über die Aufnahme des Interviews per Audiodatei nach dem Vorlesen des Fallbeispiels sind die Interviewpartner informiert worden. Anschließend daran wurde das initiierte Fallbeispiel von der Interviewerin laut und verständlich vorgelesen.

Im folgenden Kapitel werden die erhobenen Daten den beiden Hypothesen aus Punkt 4 zugeordnet, die jeweiligen Leitfadenfragen mit Hilfe wörtlicher Zitate aus den Transkriptionen (siehe Anhang) ausgewertet und abschließend zusammengefasst.

6.1 Erste Hypothese

Fachkräfte nehmen internalisierende (depressive) Verhaltensweisen gegenüber externalisierende (hyperaktiven) Verhaltensweisen als weniger problematisch dar und übersehen diese leichter.

Bei welchem Kind sehen Sie erhöhten Handlungsbedarf?

Fachkraft 1	„Ich glaube bei dem ruhigeren Kind.“
-------------	--------------------------------------

Fachkraft 2	<i>„Beim Zweiten, also bei Felix.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Bei dem ruhigeren Kind.“</i>
Fachkraft 4	<i>„Beim Zweiten.“</i>
Fachkraft 5	<i>„Beim Zweiten.“</i>
Fachkraft 6	<i>„Ich finde bei dem zweiten Kind Felix, weil ich finde ein trauriges Kind ist kein fröhliches Kind und somit steht an erster Stelle mit den Eltern zu reden und zu fragen was los ist. Warum er so sein könnte.“</i>
Fachkraft 7	<i>„Bei dem Zweiten.“</i>
Fachkraft 8	<i>„Bei beiden sehe ich eigentlich gleich großen Handlungsbedarf.“</i>

Die genannten Aussagen zeigen eine deutliche Richtung. Dementsprechend sind sich 7 von 8 Fachkräften einig und sehen einen dringlicheren Handlungsbedarf bei Felix, dem ruhigeren Kind. Eine Fachkraft fügt hinzu, dass ein trauriges Kind kein fröhliches Kind sei und deshalb an erster Stelle steht. Fachkraft 8 gibt an, dass ihrer Meinung nach beide Kinder Tim und Felix gleich großes Einschreiten erfordert.

Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher?

Fachkraft 1	<i>„Beim Tim, dass ist der, der was immer reinredet, gel?“</i>
Fachkraft 2	<i>„Auch beim Felix.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Hmm. Ich glaub beim Felix auch.“</i>
Fachkraft 4	<i>„Ja, auch bei dem Zweiten.“</i>
Fachkraft 5	<i>„Ich hätte jetzt auch gesagt bei dem Zweiten.“</i>

Fachkraft 6	<i>„Bei Felix.“</i>
Fachkraft 7	<i>„Auch bei dem Zweiten.“</i>
Fachkraft 8	<i>„Dann würde ich eigentlich das ruhigere Kind zuerst nehmen.“</i>

Bezüglich vorangestellter Frage antworten 7 von 8 Fachkräften einstimmig mit dem ruhigeren Kind Felix. Lediglich eine Fachkraft würde das Elterngespräch mit Tims Eltern früher ansetzen.

Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt?

Fachkraft 1	<p><u>Tim:</u> <i>„Aber ich glaube, dass es bei Tim schon offensichtlich ist, dass er ADHS hat.“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„Hmm. Also ich glaube, dass es bei Felix mehrere Bilder geben könnte was er haben könnte oder welche Ursachen es haben könnte, dass er so ist wie er ist. Es kann ja sein, dass er bloß Probleme zu Hause hat und deshalb so zurückhalten ist.“</i></p>
Fachkraft 2	<p><u>Tim:</u> <i>„Beim Ersten würde ich fast ein wenig sagen Hyperaktivität...“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„... und beim Zweiten vielleicht Probleme daheim oder.“</i></p>
Fachkraft 3	<i>Ich bin jetzt jemand, der ungern so Diagnosen stellt, also fällt mir jetzt schwer. Bloß ich find's auffälliger jetzt ein ruhiges Kind vor mir zu haben, da würde ich jetzt einfach überlegen, warum ist es ruhig und würde versuchen ihm da mehr zur Seite zu stehen und dass es Kontakt kriegt, dass es Spielpartner findet, dass es Spiele macht. Bei dem anderen Kind denke ich,</i>

	<i>dass es schon auch auffällig ist, aber ich glaube es würde mich eher weniger beunruhigen.</i>
Fachkraft 4	<p><u>Tim:</u> <i>„Den Ersten, den beweglicheren würde ich eher in die Aufmerksamkeits-schiene schieben. Also jetzt rein von hören, dass er sich ständig bewegen muss und die Aufmerksamkeit sucht.“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„Den anderen hmm...“</i></p>
Fachkraft 5	<p><u>Tim:</u> <i>„Ich hätte jetzt erst mal mit Aufmerksamkeitsdefizit angefangen. Halt da mal drauf aufgebaut und dann je nach dem auch mal mit den Eltern darüber gesprochen und geschaut was eigentlich alles so ...“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„Naja entweder auch, dass ihm daheim etwas belastet und da vielleicht eine schwierige Situation hatte könnte ich mir vorstellen und ehm ja, dass man einfach alles so hinterfragt.“</i></p>
Fachkraft 6	<p><u>Tim:</u> <i>„Bei Tim vielleicht zu wenig Bewegung...“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„... und bei Felix irgendwas Emotionales was in der Familie passiert ist. Was er nicht so wirklich aussprechen kann.“</i></p>
Fachkraft 7	<p><u>Tim:</u> <i>„Bei dem Ersten würde ich in Richtung ADHS tippen ...“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„... und bei dem Zweiten müsste ich mich nochmal besser damit auseinandersetzen.“</i></p>

	<i>„Hmm. Ich würde quasi vermuten, dass daheim etwas vorgefallen ist.“</i>
Fachkraft 8	<p><u>Tim:</u> <i>„Ja, das erste Kind ist eher das Aufmerksamkeitsyndrom...“</i></p> <p><u>Felix:</u> <i>„... und bei dem zweiten Kind könnten psychische Gründe im Hintergrund stehen.“</i></p>

Bei Kind Tim lässt sich sagen, dass 6 von 8 Fachkräften das Störungsbild ADHS angeben. Eine Fachkraft äußert ungern Diagnosen und gibt deshalb kein Störungsbild an und eine weitere vermutet, dass das Kind Tim einfach zu wenig Bewegung hat.

Bei Felix wird erkennbar, dass die Fachkräfte keine genauen Störungsbilder formulieren. 5 von 8 Fachkräften vermuten, dass Felix Verhalten durch Probleme von zu Hause resultieren. Anmerkungen hinsichtlich anderer Ursachen, werden von den Fachkräften nicht genannt. Zwei Fachkräfte geben keine Angaben hinsichtlich des Störungsbildes bei Felix. Eine Fachkraft nennt psychische Probleme als mögliches Störungsbild.

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim?

Fachkraft 1	<i>„Ja, ich denke, dass man bei so einem Kind, wenn das Kind mich dauernd aus dem Konzept bringt, dass man dann schon nervös wird, wenn man an ihn denkt und eher negative Gefühle hegt.“</i>
Fachkraft 2	<i>„Ja, er kann einem schon aus der Verfassung bringen, man muss sich sehr – wie sagt man da – sehr zurücknehmen, es nicht so sehr an einen ranlassen.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Ja ich würde versuchen ... Wütend glaub ich wäre ich nicht. Ich denk, es hat auch einen Grund warum er so lebhaft ist, warum er stört. Ich würde auch vielleicht mal überlegen, liegt an dem was wir ihm bieten oder braucht er vielleicht was anderes, was ihm besser tut oder. Ich würde auch überlegen ob ich ihn über Körperkontakt einfach neben mich heretze und einfach über Massage oder so Geschichten besser zur Konzentration bringe. Einfach ausprobieren.“</i>

Fachkraft 4	<i>„Also, wenn ich mich jetzt in die reinversetze, da bist du schon frustriert und auch ein bisschen sauer, weil du ständig gestört wirst. Es hat bestimmt einen Hintergrund, es hat bei jedem einen Hintergrund. Aber ich glaube, du fühlst dich im ersten Moment gestört.“</i>
Fachkraft 5	<i>„Ja, also es ist manchmal schwierig, aber ich glaub man schließt ihn trotzdem schnell ins Herz, das ist so... Ja ich freue mich, wenn er da ist aber manchmal denkt man auch es ist anstrengend.“</i>
Fachkraft 6	<i>„Ehm, dass man das angehen möchte und auch konsequent durch halten möchte was man dann mit seinen Teamkollegen bespricht und ja man hofft, dass es dann besser wird.“</i>
Fachkraft 7	<i>„Er nervt mich ja manchmal, ist ja geschrieben. Die Gedanken wären auf jeden Fall, dass man ihm Grenzen setzen muss und Konsequenzen mit denen er klar kommt, aber auch etwas finden wobei er sich konzentrieren kann und was ihm Spaß bereitet und aber auch zur Ruhe kommen kann.“</i>
Fachkraft 8	<i>„In stressigen Situationen, denk ich mir, dass es mich nerven würde, aber bei längerem Überlegen, denke ich, dass jedes Kind das gleiche Recht hat, gleich behandelt zu werden und man müsste dann mehr auf das Kind eingehen.“</i>

7 von 8 Befragten geben an eher negative Gefühle gegenüber Tim zu empfinden. Eine Fachkraft äußert, dass sie nervös wird und negative Gefühle hegt. Eine weitere nennt mögliche Handlungsoptionen um das Kind zu beruhigen. Dabei spricht sie von Körperkontakt, Massagen oder Geschichten um seine Konzentration aufrecht zu erhalten. Bei Fachkraft 7 löst Tim Frustration und ein Gefühl von sauer sein aus. Des Weiteren gibt sie an, dass es einen Hintergrund hat, weshalb Tim sich so verhält. Fachkraft 5 sagt, dass es manchmal schwierig ist, aber das Tim schnell ins Herz geschlossen wird. Zwei Fachkräfte nennen außerdem die Notwendigkeit von Grenzen und Konsequenzen im pädagogischen Handeln mit Tim.

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix?

Fachkraft 1	„ <i>Hmm. Ja ich glaube, da macht sich schon auch viel Gedanken darüber, warum ist Kind so wie es ist oder vielleicht auch mach ich was falsch, dass ich dem Kind nicht das bieten kann, was es interessiert. Verpass ich irgendwas.</i> “
Fachkraft 2	„ <i>Da macht man sich mehr Gedanken, weil man nicht weiß ist jetzt zu Hause irgendwas, bedrückt ihn irgendwas, hat er einen Film gesehen was ihn beschäftigt. Wenn es über längere Zeit geht ...</i> “
Fachkraft 3	„ <i>Ja, da würde ich mir eventuell schon mehr Gedanken machen, denn ich finde es einfach wichtig, dass ein Kind aus sich herauskommt und erzählt. Warum er denn so ruhig ist. Ich denke es gibt sicherlich ruhige Kinder auch, so ganz verschlossen, wie er in der Darstellung ist, denke ich hat auch schon einen Grund. Ich denke ... Ausprobieren was er jetzt braucht. Also verschiedene Möglichkeiten mir überlegen, wie kann ich an ihn ran kommen und dann mit den Eltern sprechen ob er zu Hause auch so ist, weil wenn er zu Hause auch so ist, würde ich mir schon überlegen ob er vielleicht noch fachliche Hilfe braucht. Einfach jemanden der ihm zur Seite steht.</i> “
Fachkraft 4	„ <i>Da wäre ich eher gefrustet und ratlos, weil man sich schon überlegt und ja zeigt keine Emotionen und ist eher ruhig und eher niedergeschlagen, dass frustet einen schon auch weil man sich denkt, warum er hat er eigentlich keine Freude bei irgendwas oder warum kann er nicht mitmachen.</i> “
Fachkraft 5	„ <i>Ja, dass es mir selber eigentlich weh tut, dass er sich nix traut, weil es wäre sehr schade, weil er eigentlich viel mehr könnte und das finde ich sehr schade, dass er das nicht zeigt und man es nicht wirklich aus ihm heraus holen kann.</i> “
Fachkraft 6	„ <i>Man fühlt mit, weil man weiß ja nicht was ihm geschehen ist oder was vorgefallen ist. Man denkt sich alles Mögliche aus, was da sein könnte.</i> “

Fachkraft 7	<i>„Gedanken, ob was vorgefallen ist daheim, wenn ja was, wie negativ oder wie dramatisch, ob quasi eine Trennung von den Eltern oder etwas nicht so Drastisches.“</i>
Fachkraft 8	<i>„Also beim Felix würde ich mir mehr Gedanken darüber machen, denn das auffallende Kind drückt ja eigentlich schon den Hilferuf aus, dass man was machen müsste und bei diesem Kind, wo sich zurückzieht finde ich es dringlicher, dass man was macht. Elterngespräch, abzufragen wie er zu Hause ist ob er da auch zurückgezogen ist oder sowas. Da würde mir das ruhigere Kind mehr am Herzen liegen.“</i>

Hier antworten 6 von 8 Fachkräften damit, dass sie sich mehr Gedanken machen würden, weil sie nicht wissen, welchen Ursprung das gezeigte Verhalten hat. Eine Fachkraft ist der Auffassung, dass sie sich mehr Gedanken machen würde, da Tim seine Gefühle frei auslebt und Felix seine Emotionen verbirgt. Weiter ist eine Befragte gefrustet und ratlos, da sie nach eigenen Angaben nicht weiß, wie sie das Kind aus sich herauslocken kann. Zwei weitere Fachkräfte empfinden Mitleid bzw. Mitgefühl, wenn sie an Felix denken, weil sie der Auffassung sind, dass Felix mehr zeigen könnte, als er es momentan tut.

Wie sehr stimmen Sie der Aussage von 1 bis 100 %, zu: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS.

100 % vollständige Zustimmung

Fachkraft 1	<i>„Ich würde so 85% sagen.“</i>
Fachkraft 2	<i>„80%. Also schon so hoch finde ich.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Ja, 100%.“</i>
Fachkraft 4	<i>„Ehm, ja 90%“</i>
Fachkraft 5	<i>„100%“</i>

Fachkraft 6	<i>„Ja, stimme ich schon zu 70% zu.“</i>
Fachkraft 7	<i>„80%“</i>
Fachkraft 8	<i>„60%“</i>

Bei dieser Aussage sind sich alle Fachkräfte einig. Zwei Fachkräfte stimmen sogar mit 100% zu. Eine Fachkraft mit 90%. Eine weitere mit 85%. Dem anschließend folgen vier Fachkräfte mit den Werten zwischen 60 und 80%.

Alles in Allem kann gesagt werden, dass alle befragten Fachkräfte dieser Aussage in hohem Maße zustimmen.

Warum haben Sie sich für diese Prozentzahl entschieden?

Fachkraft 1	<i>„Hmm, weil ich finde ADHS-Kinder fallen natürlich mehr auf, weil sie einfach auch nach Aufmerksamkeit suchen, aber ich glaub, besonders in meiner Arbeit muss ich alle Kinder im Blick haben und da fällt auch ein Kind auf, das sich weniger beteiligt und weniger meine Aufmerksamkeit sucht. Das dauert zwar vielleicht ein bisschen und des kann auch mehrere Morgenkreise unbewusst so laufen, aber irgendwann fällt es schon auf, dass er sich nicht beteiligt.“</i>
Fachkraft 2	<i>„Ehm, aus eigener Erfahrung mit meiner Tochter, weil das auch ganz spät erkannt wurde.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Ja, eigene Vorerfahrung.“</i>
Fachkraft 4	<i>„Ehm, weil das einfach nicht so auffällt. Mir ist es vorhin auch nicht in den Sinn gekommen. Einem fällt es eben eher auf, wenn ein Kind ständig um dich rum wuselt und rumspringt als ein Kind das sich zurückzieht.“</i>

Fachkraft 5	<i>„Naja, weil ein ruhiges Kind nicht so schnell auffällt bei 24/25 Kindern als ein Kind, dass was den ganzen Tag juhuu schreit.“</i>
Fachkraft 6	<i>„Weil es schon überwiegend so ist, dass das Kind mit ADHS früher auffällt als ein Kind mit Depressionen, weil das still und leise ist und das andere auffällig und laut.“</i>
Fachkraft 7	<i>„Weil die vermutlich im Geschehen bei 24 Kinder leichter dazu neigen unterzugehen. Ein Kind was lebhaft ist, fällt öfter auf schon allein, wenn es im Raum läuft, hin und her läuft und springt und auch von der Lautstärke her als ein ruhiges Kind.“</i>
Fachkraft 8	<i>„Na, weil ich denke, Kinder, die nicht auffallen, laufen eher mit und Kinder die auffallen, springen einem sofort ins Auge.“</i>

Zwei Fachkräfte geben an, dass ihre Einschätzung aufgrund eigener Erfahrungen zustanden gekommen sind. Außerdem geben 6 von 8 Fachkräften kund, dass sie so entschieden haben, da Kinder mit ADHS schneller auffallen, weil sie ständig die Aufmerksamkeit suchen. Des Weiteren werden diese Kinder als lauter und lebhafter wahrgenommen. Im Gegensatz dazu fallen Kinder mit Depressionen erst später auf und werden auch erst später wahrgenommen, weil sie einen nicht sofort ins Auge springen.

6.2 Zweite Hypothese

Fachkräfte empfinden Kinder mit ADHS belastender als Kinder mit Depressionen.

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Tim?

Fachkraft 1	<i>„Da würde ich schon sagen sieben, sieben bis acht.“</i>
Fachkraft 2	<i>„Sieben.“</i>
Fachkraft 3	<i>„Joa. Vielleicht fünf.“</i>

Fachkraft 4	„Ich würde jetzt sieben sagen.“
Fachkraft 5	„Ich würde sagen, so fünf bis sieben. Also sechs.“
Fachkraft 6	„Ich glaube schon mehr, ich glaub sechs.“
Fachkraft 7	„Vier.“
Fachkraft 8	„Sechs.“

Aus den genannten Antworten ergibt sich folgendes Belastungsempfinden:

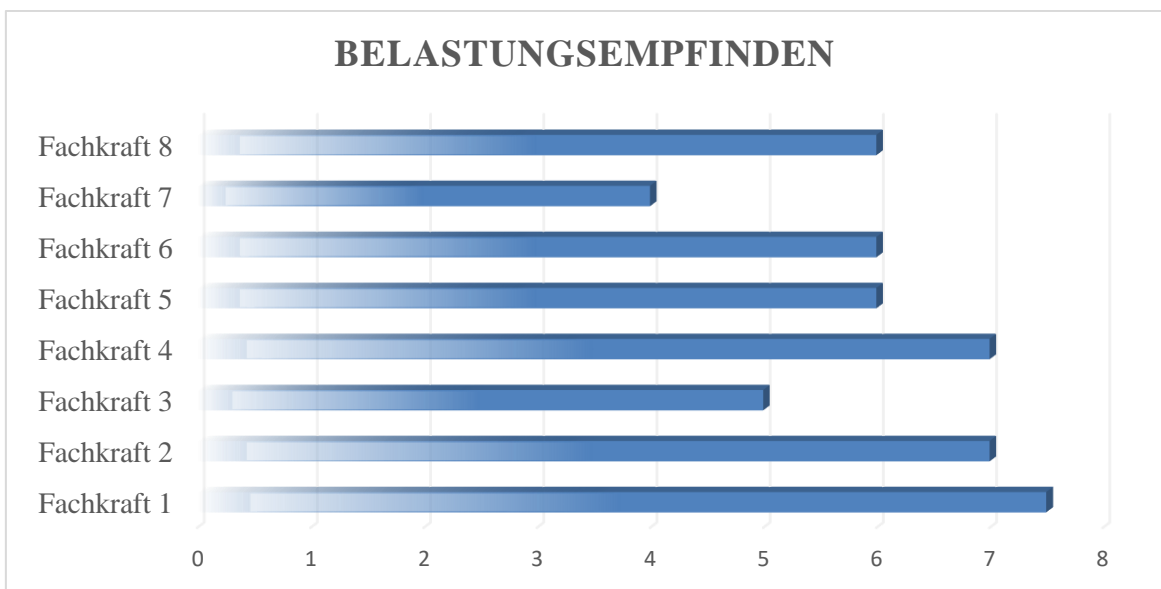


Abbildung 1: Belastungsempfinden Tim

Quelle: Eigene Darstellung

Bei dieser Frage ordnen sich 6 von 8 Fachkräften mit einem Belastungsempfinden zwischen 6, 7 und 8 ein. Lediglich zwei Fachkräfte fühlen sich bei Tim mit Werten bei 4 und 5 belastet. Insgesamt lässt sich ein Durchschnittswert von rund 6,1 berechnen.

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Felix?

Fachkraft 1	„Ich würde sagen vier bis fünf.“
-------------	----------------------------------

Fachkraft 2	„Belastet gar nicht, zwei.“
Fachkraft 3	„Hmm, vielleicht zwei.“
Fachkraft 4	„Wahrscheinlich eher mit einer vier.“
Fachkraft 5	„Also drei vier.“
Fachkraft 6	„Hier bei acht.“
Fachkraft 7	„Fünf.“
Fachkraft 8	„Da würde ich bei den Glocken, die da im Gehirn läuten acht, neun auswählen.“

Die Antworten lassen sich wie folgt darstellen:

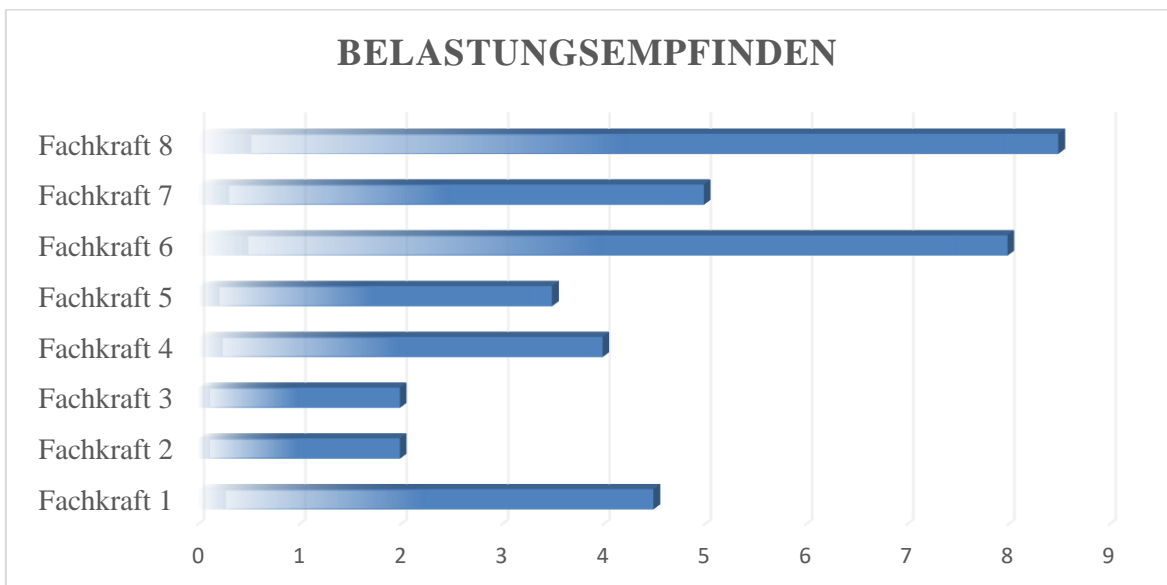


Abbildung 2: Belastungsempfinden Felix

Quelle: Eigene Darstellung

Fachkraft 6 und 8 nennen hohe Werte von 8 beziehungsweise 8 und 9. Die übrigen sechs Fachkräfte ordnen sich in der unteren Hälfte bei Zahlen zwischen 0 und 5 ein. Dabei geben

Fachkraft 2 und 3 einen Wert von 2 an. Weiter ordnen sich Fachkraft 5 einen Wert zwischen 3 und 4, Fachkraft 4 den Wert 4 und Fachkraft 7 das Belastungsempfinden 5, zu. Hieraus ergibt sich ein Durchschnittswert von 4,7.

Angemerkt wird, dass zu Hypothese zwei die beiden Fragen „Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim“ und „Welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Felix“ bei der Überprüfung der Hypothese mit herangezogen, aber hier nicht nochmals explizit mit aufgeführt werden, da sie bereits bei Hypothese eins aufgenommen sind.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel geht die Verfasserin auf die Fragen des Leitfadeninterviews ein und nennt mögliche Erklärungsversuche, warum die Fachkräfte diese Antworten nennen. Des Weiteren wird ein kurzer Vergleich zwischen den Antworten der Fachkräfte mit Hintergrundwissen in Bezug auf Depressionen und den Fachkräften ohne Hintergrundwissen gezogen.

Bei welchem Kind sehen Sie erhöhten Handlungsbedarf?

Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher?

Nach Interpretation der Autorin ist es bei den beiden Fragen möglich, dass die Fachkräfte so entschieden haben, weil sie sich mit dem Kind Felix weniger identifizieren können, als mit dem Kind Tim und deshalb ein sofortiges Einschreiten nötig ist. Dabei kann es daran liegen, dass bei Kindern mit ADHS sofort eine Assoziation aus dem Alltag entsteht und bei Kindern mit Depressionen nicht. Das kann vor allem daran liegen, dass ADHS häufiger auftritt als Depressionen. Hinsichtlich des Wissensstandes ist es von Seiten der Verfasserin auch möglich, dass die Fachkräfte sich weniger mit der Thematik Depression auskennen und deshalb weniger Bezug zu dem Kind Felix herstellen können, sodass sie im Elterngespräch nähere Informationen erhalten.

Außerdem haben die Fachkräfte durch ihre berufliche Herkunft des Öfteren mit Kindern mit ADHS Berührung und wissen deshalb, wie sie dabei agieren müssen. Über das Kind mit Depressionen ist weniger bekannt, da es seltener auftritt, und veranlasst deshalb die Fachkräfte den erhöhten Handlungsbedarf einzuschätzen. Hinzuzufügen ist hier außerdem, dass

das Kind Felix kaum Gefühle oder Emotionen zeigt, weshalb es schwerer zugänglich für die Fachkräfte ist und deshalb ein sofortiges Einschreiten für dringlich erachten.

Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt?

Die Autorin vermutet hier, dass es den Fachkräften leicht fiel zu Tim ein Störungsbild zu benennen, da sie aus der Praxis Kinder kennen, die die Diagnose ADHS besitzen und deshalb Parallelen zwischen diesen Kindern und Tim ziehen können. Hinsichtlich der Aussage, dass die Fachkraft 3 ungerne Diagnosen gibt, vermutet die Autorin, dass sie gelernt hat, dass Ärzte und Therapeuten Diagnosen stellen. Bei Fachkraft 6 können mögliche Wissenslücken die Ursache sein, dass das Störungsbild nicht genannt werden kann.

Eine These der Schreiberin hierfür ist, dass Depressionen viele einzelnen Störungsbilder beinhalten und deshalb nicht leicht erkannt werden kann. Denkbar ist zudem, dass die Fachkräfte sich nicht genügend mit der Thematik auskennen und in Folge dessen kein genaues Störungsbild bei Felix benennen können.

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim?

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Tim?

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix?

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Felix?

Die Autorin nimmt an, dass diese Antworten daraus resultieren, dass Kinder mit ADHS, wie im Fallbeispiel Tim, als eher störend und nervig wahrgenommen werden. Sie verhindern die Fachkraft daran, ihre Angebote zielstrebig durchzuführen. Viel mehr kommen sie immer wieder von ihrem roten Faden ab, da sie ständig unterbrochen werden. Vielleicht fühlen sie sich auch überfordert und wissen nicht genau, wie sie mit so einem Kind umgehen sollen.

Wie sehr stimmen Sie der Aussage von 1 bis 100 %, zu: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS.

Warum haben Sie sich für diese Prozentzahl entschieden?

Gründe für die hohen Werte sieht die Autorin vor allem darin, dass Depressionen verschiedene unterschiedliche Symptome beinhaltet und es sich bei betroffenen Kindern immer individuell zeigt. Deshalb macht es eine genaue Eingruppierung auch so schwer. Hinzu kommt außerdem, dass Depressionen im Kindesalter im Vergleich zu ADHS nicht stark verbreitet sind und deshalb viele Fachkräfte kaum Berührungspunkte zur Thematik aufzeigen.

Zusammenfassend lässt sich nach der Auswertung festhalten, dass es keine signifikanten Beweise ergeben, dass Fachkräfte mit Hintergrundwissen andere Antworten liefern als Fachkräfte ohne entsprechendes Wissen. Vielmehr wäre hierbei noch eine Vielzahl weiterer Interviews nötig.

7 Überprüfung der Hypothesen

7.1 Überprüfung der Hypothesen

1. Forschungshypothese

Fachkräfte nehmen internalisierende (depressive) Verhaltensweisen gegenüber externalisierende (hyperaktiven) Verhaltensweisen als weniger problematisch dar und übersehen diese leichter.

Die Annahme kann nicht in vollem Umfang zugestimmt werden. Hierbei muss eine Unterscheidung zwischen der geringeren Problematik und der leichteren Überschaubarkeit gezogen werden.

Die geringere Problematik wird widerlegt, da insgesamt die befragten Fachkräfte einen erhöhten Handlungsbedarf sowie das früher stattfindende Elterngespräch bei dem ruhigeren Kind Felix sehen und nicht bei Tim, der ein aktives und lebhaftes Verhalten zeigt. Weiter würden sich die Fachkräfte mehr Gedanken und Überlegungen bei Felix machen, da sie nach eigenen Angaben nicht wissen, was sich hinter dem gezeigten Verhalten verbirgt.

Bezüglich der leichteren Übersehbarkeit wird der Hypothese zugestimmt. Dass zeigt sich vor allem bei den beiden Fragen bezüglich der Zustimmung und der Nennung der Gründe

für die Prozentzahl. Dabei ist deutlich geworden, dass alle Fachkräfte mit einer hohen Prozentzahl der Aussage zustimmen und dass diese Festlegung durch Erfahrungen aus der Praxis als auch dem privaten Bereich resultieren.

2. Forschungshypothese

Fachkräfte empfinden Kinder mit ADHS belastender als Kinder mit Depressionen.

Betrachtet man nun die beiden Durchschnittswerte von 4,7 und 6,1 kann der Hypothese grundlegend zugestimmt werden. Die befragten Fachkräfte empfinden gegenüber Felix eine geringere Belastung als bei Tim. Dennoch sind die Einzelwerte von Fachkraft zu Fachkraft und deren Belastungsempfinden bezüglich beider Kinder sehr unterschiedlich.

Hingegen die Gefühle der Fachkräfte in Bezug auf beide Kindern in eine deutliche Richtung weisen. Dementsprechend geben Fachkräfte im Hinblick auf Tim negativere Gefühle an, weshalb daraus geschlossen werden kann, dass sie ihn als belastender empfinden und wahrnehmen.

7.2 Methodenkritik

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass der Einsatz von Einzelinterviews zielführend für die Forschungsfrage war. So wurde jeder Fachkraft ermöglicht frei zu antworten und sich nicht durch andere Fachkräfte beeinflussen zu lassen.

Im Hinblick auf die beiden Hypothesen und deren Überprüfung wird klar, dass beide Hypothesen treffend formuliert wurden. Bei Hypothese zwei wären weitere Fragen sinnvoll gewesen, um die Annahme eindeutiger bestätigen oder widerlegen zu können. Auch wären eventuell weitere Befragungen zielführender um die Hypothese besser einordnen zu können.

Zum methodischen Vorgehen der Interviewerin während der Einzelinterviews ist zu sagen, dass sie lediglich die Frage gestellt hat und darauf die Fachkräfte antworten sollten. Sie hat bewusst auf Suggestivfragen verzichtet, um die Gesprächspartner nicht zu beeinflussen und sie in eine bestimmte Richtung zu lenken. Bei den Interviews hat sie sich strikt an ihr geplantes Vorgehen gehalten, weshalb die Interviews zielführend verlaufen sind. Bei ihrer

Auswahl der Interviewpartner, wäre anzuregen, diese nicht nur mit ihren bekannten Fachkräften durchzuführen, sondern auch mit Fachkräften zu denen sie keinen persönlichen Bezug hat. Angenommen werden kann an dieser Stelle, dass die Möglichkeit besteht, dass die Fachkräfte unterschiedlichere Antworten geliefert hätten. Weiter ist im Nachgang zu den Interviews aufgefallen, dass es einigen Fachkräften schwer fiel die beiden Kinder aus dem Fallbeispiel zu trennen und verwechselten deshalb die Namen. Hier wäre hilfreich die beiden Kinder Tim und Felix mit Hilfe von Puppen oder Gegenständen zu veranschaulichen bzw. zu visualisieren, damit es der Fachkraft erleichtert wird, die beiden Kinder zu unterscheiden und einen besseren Bezug zu ihnen und der Gesamtsituation herzustellen.

8 Gesamtfazit

Resümierend lässt sich sagen, dass im Bereich Depressionen im Vergleich zu ADHS noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. In den Bereichen Prävalenz bei ADHS und Depressionen wird deutlich, dass ADHS häufiger diagnostiziert wird als Depressionen. Nach Meinung der Autorin liegt die Ursache dafür darin, dass die Forschung im Bereich Depressionen im Kindesalter noch unzulänglich untersucht ist.

Die in der Arbeit exemplarisch durchgeführten Interviews dürfen keines falls als allgemeingültig verstanden werden. Vielmehr bietet es einen Anreiz noch weiter in dem Themenbereich zu forschen. Weiterführend kann herausgefunden werden, ob Alter, Geschlecht oder Ausbildungsart die Ergebnisse verändern und wenn ja in welchem Ausmaß.

Die durchgeführten Interviews geben hingegen einen kleinen Einblick in das Wissen sowie das individuelle Empfinden der Fachkraft in Bezug auf ADHS und Depressionen im Kitaalltag. Vor allem hat sich bei der Auswertung der Interviews gezeigt, dass die Fachkräfte ADHS im Gegensatz zu Depressionen erkennen können. Demnach ist es wichtig die Fachkräfte im Bereich Depressionen weiter zu schulen und ihnen Materialien an die Hand zu geben.

Wie bereits der Titel der Arbeit „Stummer Schrei“ verrät, wollen depressive Kinder auch wahrgenommen und gehört werden. Sie fallen jedoch nach Angaben der Fachkräfte im All-

tag weniger auf, da sie zurückgezogen sind und weniger die Aufmerksamkeit bei der Fachkraft suchen als Kinder mit ADHS. Durch intensive Aufklärung und Wissensvermittlung kann dem entgegengewirkt werden und dazu führen, dass sowohl Kinder mit ADHS als auch Kinder mit Depressionen gleichermaßen auffallen und gehört werden.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Barkley, Russell A.; Petermann, Franz; Wengenroth, Matthias (2011): Das grosse ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. 3., aktualisierte Aufl. Bern: Huber (Psychologie-Sachbuch).

Baumeister-Duru, Anette; Hofmann, Helmut; Timmermann, Helene; Wulf, Andrea (2018): Psychoanalytische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen und Depressionen. Behandlungsmanual. 2. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel (Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen, [Bd. 24]).

Dilling, Horst (Hg.) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. 7., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM. Bern: Huber.

Döpfner, Manfred; Schürmann, Stephanie; Frölich, Jan (2007): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten. THOP. 4., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Praxismaterial).

Gawrilow, Caterina (2012): Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Reinhardt (UTB, 3684).

Groen, Gunter (2012): Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie, 16).

Groen, Gunter; Petermann, Franz (2011): Depressive Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. [Erscheinungsort nicht ermittelbar]: Hogrefe Verlag (Klinische Kinderpsychologie, Bd. 6).

Harrington, Richard C.; Jans, Thomas (2013): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. 2., aktualisierte Aufl. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Therapeutische Praxis).

Huss M.; Hölling H.; Kurth B.-M.; Schlack R. (2008): How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examinations survey (KiGGS). Hg. v. Steinkopff

Verlag 2008. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Fachartikel/Eur_Child_Adolesc_Psychiatry_2008_17_Suppl_1:52-58.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.05.2019.

ICD-10, the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines (1992). Geneva: World Health Organization.

Joachim Mangler (2013): Jedes fünfte Kind zeigt psychische Auffälligkeiten. Hg. v. WELT. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article117823067/Jedes-fuenfte-Kind-zeigt-psychische-Auffaelligkeiten.html>, zuletzt geprüft am 17.06.2019; 21.51.

Petermann, Franz (op. 2008): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. 6., vollst. überarb. Aufl. Göttingen [etc.]: Hogrefe.

Tandon, Mini; Cardeli, Emma; Luby, Joan (2009): Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. In: *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 18 (3), S. 593–610. DOI: 10.1016/j.chc.2009.03.004.

Weltgesundheitsorganisation (2019): Definition einer Depression. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>, zuletzt aktualisiert am 08.05.2019, zuletzt geprüft am 03.06.2019.

Wittwer Amrei: ADHS-Serie 2015/2016. In: *Das Schweizer Elternmagazin* 2015/2016. Online verfügbar unter <https://www.fritzundfraenzi.ch/gesundheit/psychologie/adhs-serie>, zuletzt geprüft am 28.05.2019.

Wittwer Amrei (2019): Forscherin fordert Umdenken: Hört auf ADHS mit Medikamenten zu behandeln. Hg. v. Focus online. Online verfügbar unter https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/adhs-forscher-fordert-umdenken-hoert-auf-adhs-mit-medikamenten-zu-behandeln_id_10684480.html, zuletzt geprüft am 14.06.2019.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungsempfinden Tim.....	39
Abbildung 2: Belastungsempfinden Felix	40

Anhang

Situationsbeschreibung und Leitfadeninterviewfragen

Stellen Sie sich vor:

Heute ist ein ganz normaler Dienstag und Sie leiten den Morgenkreis in Ihrer Kindergartengruppe mit insgesamt 24 Kindern im Alter zwischen drei und sechs Jahren. Den Morgenkreis haben Sie - wie immer - mit einem Anfangslied und anschließend mit der Überprüfung der Anwesenheit der Kinder gestartet. Für die anschließende Einheit im Kreis haben Sie sich für eine Klanggeschichte entschieden. Dementsprechend haben Sie bereits im Vorfeld die Mitte des Kreises mit den benötigten Instrumenten und Materialien gestaltet.

1. Zu Beginn der Klanggeschichte wollen Sie den Kindern den Text der Klanggeschichte vorlesen, doch währenddessen werden Sie immer wieder von Tim (4;3 Jahre) unterbrochen, der Ihnen etwas ganz Wichtiges erzählen muss. Schon während des Liedes und der Anwesenheit ist Ihnen aufgefallen, dass Tim heute sehr schwer zu bändigen ist. Trotz mehrmaliger Ermahnungen ihrerseits ist es Tim nicht möglich ruhig auf seinem Stuhl zu sitzen und abzuwarten bis Sie ihn aufrufen. Er steht ständig auf, läuft umher und kann sich scheinbar nicht auf die Geschichte konzentrieren. Sie werden immer unruhiger und er bringt Sie völlig aus dem Konzept. Dennoch versuchen Sie irgendwie die Klanggeschichte zu Ende zu bringen.

Des Weiteren fällt Tim mehrmals täglich durch seinen großen Drang an Beweglichkeit und seinem nicht abwarten können in diversen Situationen auf. Dieses Verhalten bringt Sie häufig an Ihre eigenen Grenzen. Ständig unterbricht er Sie und lässt Sie kaum Ihre Angebote so durchführen, wie Sie sie geplant haben. Sie fühlen sich durch ihn immer mehr genervt und genießen die Zeit, wenn er nicht in der Einrichtung ist. Außerdem lässt sich Tim sehr leicht ablenken und ihm fällt es zunehmend schwerer sich auf bestimmte Dinge zu konzentrieren. Seine Spielpartner wechselt er sehr häufig und er gerät des Öfteren mit ihnen in Streit.

2. Auch Felix (4;3 Jahre) besucht Ihre Kindergartengruppe und ist im Morgenkreis anwesend. Während des Liedes und der Anwesenheit beteiligt sich Felix kaum. Er sitzt

ruhig auf seinem Stuhl und wirkt auf sie teilnahmslos und zurückhaltend. Anregungen von Ihnen zum Mitsingen bleiben erfolglos. Auch während der Klanggeschichte zeigt Felix dieses Verhalten und beteiligt sich wenig.

Im normalen Spielgeschehen fällt er kaum auf. Allerdings zieht er sich immer mehr zurück und sucht kaum Kontakt zu anderen Kindern. Angebote wecken kaum sein Interesse und er lässt sich schwer dazu motivieren. Er wirkt auf Sie manchmal unglücklich und niedergeschlagen. Allerdings ist es für Sie sehr schwer Gedanken und Gefühle von Felix zu interpretieren, da er kaum Emotionen zeigt.

Sie überlegen mit den Eltern von Tim und Felix ein Elterngespräch zu führen.

Leitinterviewfragen:

Bei welchem Kind sehen Sie größeren Handlungsbedarf?

Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher?

Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt?

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim?

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Tim?

Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix?

Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von 1 bis 10 bei Felix?

Wie sehr stimmen Sie der Aussage von 1 bis 100 %, zu: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS.

100 % vollständige Zustimmung

Warum haben Sie sich für diese Prozentzahl entschieden?

Transkription Fachkraft 1

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie erhöhten Handlungsbedarf? #00:00:05-1#

Interviewpartnerin: Ich glaube bei dem ruhigeren Kind. #00:00:12-2#

Interviewerin: Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:17-3#

Interviewpartnerin: Beim Tim, dass ist der, der was immer reinredet, gel? #00:00:26-4#

Interviewerin: Genau. Wissen Sie denn, um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? Also bei Kind Tim, dass ganz aufgeweckt ist und bei dem Kind Felix, dass eher ruhiger ist. #00:00:39-5#

Interviewpartnerin: Hmm. Also ich glaube, dass es bei Felix mehrere Bilder geben könnte was er haben könnte oder welche Ursachen es haben könnte, dass er so ist wie er ist. Aber ich glaube, dass es bei Tim schon offensichtlich ist, dass er ADHS hat. #00:00:57-6#

Interviewerin: Und bei Felix, wie würden Sie es da eingruppieren? #00:00:59-7#

Interviewpartnerin: Hmm. Es kann ja sein, dass er bloß Probleme zu Hause hat und deshalb so zurückhalten ist. #00:01:10-8#

Interviewerin: Nickt zustimmen. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim? Also das ist jetzt das Kind mit dem anscheinbaren ADHS. #00:01:18-9#

Interviewpartnerin: Welche Gefühle ich bei dem hege? #00:01:23-10#

Interviewerin: Ja, im Alltag. #00:01:24-11#

Interviewpartnerin: Ja, ich denke, dass man bei so einem Kind, wenn das Kind mich dauernd aus dem Konzept bringt, dass man dann schon nervös wird, wenn man an ihn denkt und eher negative Gefühle hegt. #00:01:38-12#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen sie sich bei einer Skale von eins bis zehn bei Tim? Also eins ist ganz wenig und zehn ist ganz hoch. #00:01:46-13#

Interviewpartnerin: Da würde ich schon sagen sieben, sieben bis acht. #00:01:51-14#

Interviewerin: Und jetzt im Gegenzug dazu. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix? #00:01:55-15#

Interviewpartnerin: Hmm. Ja ich glaube, da macht sich schon auch viel Gedanken darüber, warum ist Kind so wie es ist oder vielleicht auch mach ich was falsch, dass ich dem Kind nicht das bieten kann, was es interessiert. Verpass ich irgendwas. Ja. #00:02:16-16#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich durch den Felix? Auch wieder von eins bis zehn. #00:02:22-17#

Interviewpartnerin: Ich würde sagen vier bis fünf. #00:02:24-18#

Interviewerin: Also doch schon bisschen weniger. #00:02:27-19#

Interviewpartnerin: Ein bisschen, aber nicht viel. #00:02:29-20#

Interviewerin: Okay. Wir kommen jetzt zu einer Aussage, bei der Sie sich bitte bei 1 bis 100% einordnen. Wie sehr stimmen Sie der Aussage von 1 bis 100% zu: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. Hundert Prozent ist dann die vollständige Zustimmung. #00:02:48-21#

Interviewpartnerin: Ich würde so 85% sagen. #00:02:50-22#

Interviewerin: Gut. Und warum haben Sie genau diese Prozentzahl gewählt? #00:02:54-23#

Interviewpartnerin: Hmm, weil ich finde ADHS-Kinder fallen natürlich mehr auf, weil sie einfach auch nach Aufmerksamkeit suchen, aber ich glaub, besonders in meiner Arbeit muss ich alle Kinder im Blick haben und da fällt auch ein Kind auf, das sich weniger beteiligt und weniger meine Aufmerksamkeit sucht. Das dauert zwar vielleicht ein bisschen und des kann auch mehrere Morgenkreise unbewusst so laufen, aber irgendwann fällt es schon auf, dass er sich nicht beteiligt. #00:03:28-24#

Transkription Fachkraft 2

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie erhöhten Handlungsbedarf? #00:00:02-1#

Interviewpartnerin: Beim Zweiten, also bei Felix. #00:00:06-2#

Interviewerin: Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:08-3#

Interviewpartnerin: Auch beim Felix. #00:00:11-4#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? #00:00:14-5#

Interviewpartnerin: Beim Ersten würde ich fast ein wenig sagen Hyperaktivität und beim Zweiten vielleicht Probleme daheim oder. #00:00:29-6#

Interviewerin: Welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Tim? #00:00:30-7#

Interviewpartnerin: Das ist der Erste ne? #00:00:34-8#

Interviewerin: Nickt zustimmend. #00:00:34-9#

Interviewpartnerin: Ja, er kann einem schon aus der Verfassung bringen, man muss sich sehr – wie sagt man da – sehr zurücknehmen, es nicht so sehr an einen ranlassen. #00:00:50-10#

Interviewerin: Wie belastet fühlen Sie sich jetzt durch den Tim bei einer Skala von eins bis zehn, wenn eins dabei überhaupt nicht und zehn total stark ist. #00:00:58-11#

Interviewpartnerin: Sieben. #00:01:01-12#

Interviewerin: Welche Gedanken und Gefühlen empfinden Sie bei Felix? #00:01:02-13#

Interviewpartnerin: Da macht man sich mehr Gedanken, weil man nicht weiß ist jetzt zu Hause irgendwas, bedrückt ihn irgendwas, hat er einen Film gesehen was ihn beschäftigt. Wenn es über längere Zeit geht ... #00:01:18-13#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm bei einer Skala von eins bis zehn? #00:01:22-14#

Interviewpartnerin: Belastet gar nicht, zwei. #00:01:27-15#

Interviewerin: Wie sehr stimmen Sie der Aussage von 1 bis 100% zu: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. Also 100% wäre hier die vollständige Zustimmung. #00:01:36-16#

Interviewpartnerin: 80%. Also schon so hoch finde ich. #00:01:42-17#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:01:45-18#

Interviewpartnerin: Ehm, aus eigener Erfahrung mit meiner Tochter, weil das auch ganz spät erkannt wurde. #00:01:54-19#

Transkription Fachkraft 3

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie höheren Handlungsbedarf? #00:00:03-1#

Interviewpartnerin: Beim Zweiten. #00:00:10-2#

Interviewerin: Bei dem ruhigeren Kind. #00:00:11-3#

Interviewpartnerin: Bei dem ruhigeren Kind. Wie war nochmal der Name? #00:00:12-14#

Interviewerin: Felix. #00:00:12-15#

Interviewpartnerin: Beim Felix. #00:00:14-16#

Interviewerin: Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:17-17#

Interviewpartnerin: Hmm. Ich glaub beim Felix auch. #00:00:29-18#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? #00:00:31-19#

Interviewpartnerin: Hm, ja gut. Bei dem Zweiten denke ich, ist es, ist das Kind eher ... hmm. Störungsbilder, dass ich jetzt sage, wie mein Verdacht wär oder? #00:00:53-20#

Interviewerin: Genau, was das Kind haben könnte. #00:00:54-21#

Interviewpartnerin: Ich bin jetzt jemand, der ungern so Diagnosen stellt, also fällt mir jetzt schwer. Bloß ich find's auffälliger jetzt ein ruhiges Kind vor mir zu haben, da würde ich jetzt einfach überlegen, warum ist es ruhig und würde versuchen ihm da mehr zur Seite zu stehen und dass es Kontakt kriegt, dass es Spielpartner findet, dass es Spiele macht. Bei dem anderen Kind denke ich, dass es schon auch auffällig ist, aber ich glaube es würde mich eher weniger beunruhigen. #00:01:41-22#

Interviewerin: Welche Gedanken und Gefühlen empfinden Sie bei Tim? Das ist das erste Kind. #00:01:43-23#

Interviewpartnerin: Hmm. Welche Gefühle und Gedanken... Ehm. Ja ich würde versuchen ... Wütend glaub ich wäre ich nicht. Ich denk, es hat auch einen Grund warum er so lebhaft ist, warum er stört. Ich würde auch vielleicht mal überlegen, liegt's an dem was wir ihm bieten oder braucht er vielleicht was anderes, was ihm besser tut oder. Ich würde auch überlegen ob ich ihn über Körperkontakt einfach neben mich heretze und einfach über Massage oder so Geschichten besser zur Konzentration bringe. Einfach ausprobieren. ##00:02:29-24#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von eins bis zehn bei Tim? Also eins ist jetzt sehr niedrig und zehn sehr hoch. #00:02:40-25#

Interviewpartnerin: Joa. Vielleicht fünf. #00:02:52-26#

Interviewerin: Welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Felix? #00:02:32-27#

Interviewpartnerin: Ja, da würde ich mir eventuell schon mehr Gedanken machen, denn ich finde es einfach wichtig, dass ein Kind aus sich herauskommt und erzählt. Warum er denn so ruhig ist. Also. Hmm. Was nochmal? Welche Gefühle und ...? #00:03:15-28#

Interviewerin: Gedanken. #00:03:15-29#

Interviewpartnerin: Warum er so ruhig ist. Ich denke es gibt sicherlich ruhige Kinder auch, so ganz verschlossen, wie er in der Darstellung ist, denke ich hat auch schon einen Grund. Ich denke ... Ausprobieren was er jetzt braucht. Also verschiedene Möglichkeiten mir überlegen, wie kann ich an ihn rankommen und dann mit den Eltern sprechen ob er zu Hause auch so ist, weil wenn er zu Hause auch so ist, würde ich mir schon überlegen ob er vielleicht noch fachliche Hilfe braucht. Einfach jemanden der ihm zur Seite steht. #00:03:58-30#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von eins bis zehn bei Felix? #00:04:00-31#

Interviewpartner: Belastet, körperlich belastet, denk ich weniger, weil er bei mir weniger Aufmerksamkeit hervorruft. Wobei ich schon versuche, dass das... Also Gedanken, das ist dann eher die gedankliche Belastung, also das ich mir mehr Gedanken darüber mache. Wie kann ich dem Kind helfen, wie kann ich das Kind unterstützen. #00:04:27-32#

Interviewerin: Und mit welcher Zahl würden Sie es einsortieren? #00:04:29-33#

Interviewpartnerin: Hmm. Ja gilt es jetzt nur für körperliche Belastung oder körperliche Anstrengung oder auch einfach, dass ... #00:04:41-34#

Interviewerin: Die körperliche Belastung im Alltag. #00:04:43-35#

Interviewpartnerin: Na, das ist dann weniger. #00:04:48-36#

Interviewerin: Und mit einer Zahl? #00:04:52-37#

Interviewpartnerin: Hmm, vielleicht zwei. #00:04:57-38#

Interviewerin: Und jetzt kommen wir zu einer Aussage in dem Sie nur sagen, wie sehr Sie zustimmen bei einer Prozentzahl zwischen 1 und 100. Also wie sehr stimmen Sie zu. Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. 100 % wäre die vollständige Zustimmung und die 1 überhaupt keine Zustimmung. #00:05:19-39#

Interviewpartnerin: Ja, 100%. #00:05:19-40#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:05:22-41#

Interviewpartnerin: Ja, eigene Vorerfahrung. #00:05:26-42#

Transkription Fachkraft 4

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie höheren Handlungsbedarf? #00:00:08-1#

Interviewpartnerin: Beim Zweiten. #00:00:09-2#

Interviewerin: Also beim ruhigeren Kind. Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:12-3#

Interviewpartnerin: Ja, auch bei dem Zweiten. #00:00:21-4#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? *Interviewpartnerin schaut irritiert* Welche... Zum Beispiel Legasthenie wäre eine Art. #00:00:30-5#

Interviewpartnerin: Ehm. #00:00:31-6#

Interviewerin: Ob Sie jetzt die beiden Kinder zuordnen könnten. #00:00:34-7#

Interviewpartnerin: Den Ersten, den beweglicheren würde ich eher in die Aufmerksamkeitsstörung schieben. Also jetzt rein von hören, dass er sich ständig bewegen muss und die Aufmerksamkeit sucht. Den anderen hmm... #00:01:12-8#

Interviewerin: Ist auch nicht schlimm, wenn Ihnen nichts einfällt. #00:01:12-9#

Interviewpartnerin: Ja. #00:01:15-10#

Interviewerin: Okay, dann machen wir weiter. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim? Das war das erste Kind. #00:01:22-11#

Interviewpartnerin: Also, wenn ich mich jetzt in die reinversetze, da bist du schon frustriert und auch ein bisschen sauer, weil du ständig gestört wirst. Es hat bestimmt einen Hintergrund, es hat bei jedem einen Hintergrund. Aber ich glaube, du fühlst dich im ersten Moment gestört. #00:01:39-12#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von eins bis zehn durch das Kind im Alltag? #00:01:44-13#

Interviewpartnerin: Ich würde jetzt sieben sagen. #00:01:50-14#

Interviewerin: Und das gleiche jetzt für Felix. Welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Felix? #00:01:52-15#

Interviewpartnerin: Da wäre ich eher gefrustet und ratlos, weil man sich schon überlegt und ja zeigt keine Emotionen und ist eher ruhig und eher niedergeschlagen, dass frustet einen schon auch weil man sich denkt, warum er hat er eigentlich keine Freude bei irgendwas oder warum kann er nicht mitmachen. #00:02:15-16#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm bei einer Skala von eins bis zehn? #00:02:16-17#

Interviewpartnerin: Wahrscheinlich eher mit einer vier. #00:02:20-18#

Interviewerin: Also weniger als bei Tim. Und jetzt kommen wir zu einer Aussage, bei der Sie zustimmen in Prozenten zwischen 1 und 100. 100 wäre die vollständige Zustimmung. Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. #00:02:31-19#

Interviewpartnerin: Ehm, ja 90%. #00:02:42-20#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:02:44-21#

Interviewpartnerin: Ehm, weil das einfach nicht so auffällt. Mir ist es vorhin auch nicht in den Sinn gekommen. Einem fällt es eben eher auf, wenn ein Kind ständig um dich rum wuselt und rumspringt als ein Kind das sich zurückzieht. #00:03:03-22#

Transkription Fachkraft 5

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie einen größeren Handlungsbedarf? #00:00:04-1#

Interviewpartnerin: Beim Zweiten. #00:00:05-2#

Interviewerin: Bei dem ruhigeren Kind. *Interviewpartnerin nickt zustimmend.* Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:12-3#

Interviewpartnerin: Ich hätte jetzt auch gesagt bei dem Zweiten. #00:00:17-4#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? Zum Beispiel Legasthenie oder sowas. #00:00:26-5#

Interviewpartnerin: Achso, ja. #00:00:27-6#

Interviewerin: Und was wäre es bei dem ersten Kind? #00:00:28-7#

Interviewpartnerin: Ich hätte jetzt erst mal mit Aufmerksamkeitsdefizit angefangen. Halt da mal drauf aufgebaut und dann je nach dem auch mal mit den Eltern darüber gesprochen und geschaut was eigentlich alles so ... #00:00:44-8#

Interviewerin: Und bei Felix, was könnte dahinterstecken? #00:00:49-9#

Interviewpartnerin: Naja entweder auch, dass ihm daheim etwas belastet und da vielleicht eine schwierige Situation hatte könnte ich mir vorstellen und ehm ja, dass man einfach alles so hinterfragt. #00:01:05-10#

Interviewerin: Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim? Also auf Sie selbst bezogen, was Sie empfinden, wenn Sie an den Tim denken. #00:01:15-11#

Interviewpartnerin: Ja, also es ist manchmal schwierig, aber ich glaub man schließt ihn trotzdem schnell ins Herz, dass ist so... Ja ich freue mich, wenn er da ist aber manchmal denkt man auch *Interviewpartnerin schnauft tief aus* es ist anstrengend. #00:01:28-12#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von eins bis zehn durch Tim? #00:01:34-13#

Interviewpartnerin: Ich würde sagen, so fünf bis sieben. Also sechs. #00:01:37-14#

Interviewerin: Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix? #00:01:42-15#

Interviewpartnerin: Ja, dass es mir selber eigentlich weh tut, dass er sich nix traut, weil es wäre sehr schade, weil er eigentlich viel mehr könnte und das finde ich sehr schade, dass er das nicht zeigt und man es nicht wirklich aus ihm herausholen kann. #00:01:59-16#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm bei einer Skala von eins bis zehn in ihrem Alltag? #00:02:05-17#

Interviewpartnerin: Also drei vier. #00:02:09-18#

Interviewerin: Und jetzt kommen wir zu einer Aussage, bei der Sie komplett zustimmen mit 100% und 1% wäre überhaupt nicht. Und die Aussage ist: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. 100% wäre die vollständige Zustimmung, aber Sie können sich auch dazwischen einsortieren. #00:02:27-19#

Interviewpartnerin: 100%. #00:02:32-20#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:02:35-21#

Interviewpartnerin: Naja, weil ein ruhiges Kind nicht so schnell auffällt bei 24/25 Kindern als ein Kind, dass was den ganzen Tag juhuh schreit. #00:02:48-22#

Transkription Fachkraft 6

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie größeren Handlungsbedarf? *Interviewpartnerin schaut mich fragen an* Wo würden Sie eher eingreifen? #00:00:10-1#

Interviewpartnerin: Ich finde bei dem zweiten Kind Felix, weil ich finde ein trauriges Kind ist kein fröhliches Kind und somit steht an erster Stelle mit den Eltern zu reden und zu fragen was los ist. Warum er so sein könnte. #00:00:26-2#

Interviewerin: Und bei welchem Kind sehen Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:29-3#

Interviewpartnerin: Bei Felix. #00:00:30-4#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handeln könnte? Was vermuten Sie? #00:00:42-5#

Interviewpartnerin: Bei Tim vielleicht zu wenig Bewegung und bei Felix irgendwas Emotionales was in der Familie passiert ist. Was er nicht so wirklich aussprechen kann. #00:00:55-6#

Interviewerin: Welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Tim, wenn Sie an ihn denken? Was macht das mit Ihnen? #00:01:05-7#

Interviewpartnerin: Ehm, dass man das angehen möchte und auch konsequent durch halten möchte was man dann mit seinen Teamkollegen bespricht und ja man hofft, dass es dann besser wird. #00:01:26-8#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei einer Skala von eins bis zehn durch den Tim in ihrem Alltag? *Interviewpartnerin schaut mich fragend an.* Wenn er Sie ständig unterbricht und immer wieder aus dem Konzept bringt. Fühlen sie sich da eher mehr oder weniger belastet? #00:01:44-9#

Interviewpartnerin: Ich glaube schon mehr, ich glaub sechs. #00:01:46-10#

Interviewerin: Und welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Felix? #00:01:50-11#

Interviewpartnerin: Man fühlt mit, weil man weiß ja nicht was ihm geschehen ist oder was vorgefallen ist. Man denkt sich alles Mögliche aus, was da sein könnte. #00:02:09-12#

Interviewerin: Und wenn Sie jetzt auch hier Ihre Belastung einschätzen müssten bei einer Skala von eins bis zehn, wie würden Sie da entscheiden? #00:02:17-13#

Interviewpartnerin: Hier bei acht. #00:02:20-14#

Interviewerin: Sie sehen da mehr Belastung als bei Tim. #00:02:21-15#

Interviewpartnerin: Ja. #00:02:22-16#

Interviewerin: Nun kommen wir zu einer Aussage, bei der ich mir von Ihnen eine Einschätzung wünsche bei einer Prozentzahl von 1 bis 100% wie stark sie der Aussage zustimmen. Bei 100% wäre die vollständige Zustimmung, aber man kann sich auch dazwischen entscheiden. Die Aussage lautet: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. #00:02:37-17#

Interviewpartnerin: Ja, stimme ich schon zu 70% zu. #00:02:52-18#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:02:55-19#

Interviewpartnerin: Weil es schon überwiegend so ist, dass das Kind mit ADHS früher auffällt als ein Kind mit Depressionen, weil das still und leise ist und das andere auffällig und laut. #00:03:10-20#

Transkription Fachkraft 7

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie größeren Handlungsbedarf? #00:00:04-1#

Interviewpartnerin: Bei dem Zweiten. #00:00:08-2#

Interviewerin: Bei welchem Kind erachten Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:10-3#

Interviewpartnerin: Auch bei dem Zweiten. #00:00:14-4#

Interviewerin: Wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt? #00:00:14-5#

Interviewpartnerin: Bei dem Ersten würde ich in Richtung ADHS tippen und bei dem Zweiten müsste ich mich nochmal besser damit auseinandersetzen. #00:00:28-6#

Interviewerin: Haben Sie eine Tendenz in welche Richtung es gehen könnte? #00:00:31-7#

Interviewpartnerin: Bei dem Zweiten? #00:00:31-8#

Interviewerin: Ja. #00:00:32-9#

Interviewpartnerin: Hmm. Ich würde quasi vermuten, dass daheim etwas vorgefallen ist. #00:00:43-10#

Interviewerin: Okay. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim? Also bei dem ersten Kind, dass ganz lebhaft und aufgeweckt ist. #00:00:48-11#

Interviewpartnerin: Er nervt mich ja manchmal, ist ja geschrieben. Die Gedanken wären auf jeden Fall, dass man ihm Grenzen setzen muss und Konsequenzen mit denen er klar kommt, aber auch etwas finden wobei er sich konzentrieren kann und was ihm Spaß bereitet und aber auch zur Ruhe kommen kann. #00:01:09-12#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm bei einer Skala von eins bis zehn in ihrem Alltag? #00:01:13-13#

Interviewpartnerin: Vier. #00:01:16-14#

Interviewerin: Und welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Felix? #00:01:19-15#

Interviewpartnerin: Gedanken, ob was vorgefallen ist daheim, wenn ja was, wie negativ oder wie dramatisch, ob quasi eine Trennung von den Eltern oder etwas nicht so Drastisches. #00:01:39-15#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm bei einer Skala von eins bis 10 in Ihrem Alltag? #00:01:43-16#

Interviewpartnerin: Fünf. #00:01:47-17#

Interviewerin: Also stärker belastet als bei Tim. Und jetzt kommen wir zu einer Aussage, bei der sie sich für eine Prozentzahl zwischen 1 und 100 entscheiden. 100 Prozent wäre hier

die vollständige Zustimmung. Die Aussage lautet: Kinder mit Depressionen werden seltener und später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. #00:02:08-18#

Interviewpartnerin: 80%. #00:02:09-19#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich für diese Prozentzahl entschieden? #00:02:10-20#

Interviewpartnerin: Weil die vermutlich im Geschehen bei 24 Kinder leichter dazu neigen unterzugehen. Ein Kind was lebhaft ist, fällt öfter auf schon allein, wenn es im Raum läuft, hin und her läuft und springt und auch von der Lautstärke her als ein ruhiges Kind. #00:02:33-21#

Transkription Fachkraft 8

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie einen größeren Handlungsbedarf? #00:00:04-1#

Interviewpartnerin: Bei beiden sehe ich eigentlich gleich großen Handlungsbedarf. #00:00:08-2#

Interviewerin: Bei welchem Kind sehen Sie das Elterngespräch als dringlicher? #00:00:09-3#

Interviewpartnerin: Bei beiden würde ich ein Elterngespräch führen. #00:00:15-4#

Interviewerin: Bei welchem würden Sie es zeitlich eher ansetzen, wenn Sie jetzt nur ein Elterngespräch führen könnten? #00:00:20-5#

Interviewpartnerin: Dann würde ich eigentlich das ruhigere Kind zuerst nehmen. #00:00:23-6#

Interviewerin: Und wissen Sie um welche Störungsbilder es sich bei den beiden Sequenzen handelt. #00:00:27-6#

Interviewpartnerin: Ja, das erste Kind ist eher das Aufmerksamkeitssyndrom und bei dem zweiten Kind könnten psychische Gründe im Hintergrund stehen. #00:00:38-7#

Interviewerin: Und jetzt auf Sie bezogen. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei Tim? Also das Kind, welches Sie im Alltag ständig aus dem Konzept bringt. Welche Gefühle und Gedanken empfinden Sie bei ihm? #00:00:51-8#

Interviewpartnerin: In stressigen Situationen, denk ich mir, dass es mich nerven würde, aber bei längerem Überlegen, denke ich, dass jedes Kind das gleiche Recht hat, gleich behandelt zu werden und man müsste dann mehr auf das Kind eingehen. #00:01:05-9#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei ihm einer Skala von eins bis zehn in ihrem Alltag? #00:01:10-10#

Interviewpartnerin: Sechs. #00:01:11-11#

Interviewerin: Und welche Gedanken und Gefühle empfinden Sie bei Felix? #00:01:15-12#

Interviewpartnerin: Also beim Felix würde ich mir mehr Gedanken darüber machen, denn das auffallende Kind drückt ja eigentlich schon den Hilferuf aus, dass man was machen müsste und bei diesem Kind, wo sich zurückzieht finde ich es dringlicher, dass man was macht. Elterngespräch, abzufragen wie er zu Hause ist ob er da auch zurückgezogen ist oder sowas. Da würde mir das ruhigere Kind mehr am Herzen liegen. #00:01:43-13#

Interviewerin: Und wie belastet fühlen Sie sich bei Felix bei einer Skala von eins bis zehn in ihrem Alltag? #00:01:47-14#

Interviewpartnerin: Da würde ich bei den Glocken, die da im Gehirn läuten acht, neun auswählen. #00:01:55-15#

Interviewerin: Nun kommen wir zu einer Aussage, bei der Sie zwischen 1 und 100% abstimmen, ob diese Aussage zutrifft. 100% wäre die vollständige Zustimmung. Die Aussage lautet: Kinder mit Depressionen werden seltener oder später wahrgenommen als Kinder mit ADHS. Mit wie viel Prozent würden Sie sagen? #00:02:10-16#

Interviewpartnerin: 60%. #00:02:11-17#

Interviewerin: Und warum haben Sie sich genau für diese Prozentzahl entschieden? #00:02:14-18#

Interviewpartnerin: Na, weil ich denke, Kinder, die nicht auffallen, laufen eher mit und Kinder die auffallen, springen einem sofort ins Auge. #00:02:24-19#

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den