

# **ENTWICKLUNGSBEGLEITUNG ALS THERAPEUTISCHE INTERVENTION BEI ADHS**

**INAUGURAL-DISSERTATION**

**Zur Erlangung des Doktorgrades der  
Philosophie (Dr. phil.) des Fachbereiches  
für Erziehungs- und Kulturwissenschaft  
der Universität Osnabrück**

**von  
Udo Wohnhas-Baggerd**

**Erstgutachterin  
Prof. Dr. R. Zimmer**

**Osnabrück im Juni 2003  
Tag der Disputation: 9.6.2004**

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>I. Einführung</b>	<b>6</b>
<b>II. <u>Stand der Forschung zum ADHS-Syndroms.</u></b>	<b>11</b>
<b>1. Darstellung des Syndroms</b>	<b>11</b>
1.1. Einleitung	11
1.2. Historische Entwicklung	13
1.3. Symptomatik und Diagnostik	16
1.4. Prävalenz	22
1.5. Persistenz des Syndroms	23
1.6. Komorbide Störungen	28
1.7. Differenzialdiagnostik	30
<b>2. Ursachenhypothesen</b>	<b>32</b>
2.1. Einleitung	32
2.2. Biologischen Ursachen	32
2.2.1. Einführung	32
2.2.2. Exkurs: Aufbau des Gehirns	33
2.2.3. Transmittertheorie	36
2.2.4. Hirnfunktionsstörungen	37
2.2.5. Genetischen Faktoren	38
2.2.6. Allergischen Dispositionen	39
2.3. Psychologische Modelle	42
2.4. Psychosoziale Faktoren	46
2.5. Diskussion	48
<b>3. Therapeutische Interventionsversuche</b>	<b>50</b>
3.1. Einleitung	50
3.2. Die medizinischen Therapieansätze	50
3.2.1. Stimulanzengabe	50
3.2.1.1. Darstellung	50
3.2.1.2. Diskussion	56
3.2.2. Diätischen Maßnahmen	58
3.3. Psychologische Interventionsversuche	61
3.3.1. Einleitung	61
3.3.2. Analytische Kinderpsychotherapie	61
3.3.3. Klientenzentrierte/nondirektive Spieltherapie	62

3.3.4.	Kognitive Verhaltenstherapie	64
3.3.4.1.	Einleitung	64
3.3.4.2.	Spieltraining und Spieltherapie	64
3.3.4.3.	Selbstinstruktionstraining	65
3.3.4.4.	Selbstmanagement	67
3.3.5.	Diskussion	67
3.4.	Pädagogische Interventionsversuche	71
3.4.1.	Einleitung	71
3.4.2.	Therapeutische Interventionen in der Schule	71
3.4.3.	Therapeutische Interventionen im Elternhaus	76
3.4.4.	Diskussion	81
3.5.	Bewegungszentrierte Therapieansätze	86
3.5.1.	Einleitung	86
3.5.2.	Heilpädagogische Maßnahmen	86
3.5.3.	Ergotherapie	87
3.5.4.	Psychomotorik	90
3.5.5.	Entspannungsmethoden	93
3.5.6.	Diskussion	93
3.6.	Modelle interdisziplinäre Konzepte	95
3.6.1.	Darstellung	95
3.6.2.	Diskussion	96
3.7.	Schlussfolgerungen	98

<b>III.</b>	<b>Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung</b>	<b>105</b>
<b>1.</b>	<b>Einführung</b>	<b>105</b>
<b>2.</b>	<b>Identität als Faktor der Persönlichkeitsentwicklung</b>	<b>107</b>
<b>3.</b>	<b>Die Bedeutung des Spiels</b>	<b>116</b>
<b>4.</b>	<b>Schlußfolgerungen und Forderungen an eine ganzheitlich-systemische Intervention</b>	<b>118</b>

<b>IV.</b>	<b>Modell einer ganzheitlich-systemischen Entwicklungsbegleitung</b>	<b>122</b>
<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>122</b>
<b>2.</b>	<b>Rahmenbedingungen des Modells</b>	<b>123</b>
2.1.	Zusammenfassungen der Forderungen	123
2.2.	Die psychomotorische Therapie	123
2.3.	Diskussion	129
2.3.1.	Zusammenfassung der Ziele in der Psychomotorik	129
2.3.2.	Vergleich des psychomotorischen Ansatzes und den erhobenen Forderungen an eine ganzheitliche Förderung	129
2.3.3.	Bewertung der Ergebnisse	132
2.4.	Rahmenbedingungen für die Förderung einer ADHS-Problematik	135
<b>3.</b>	<b>Praxisorientierte Bedingungen für die Entwicklungsförderung</b>	<b>139</b>
3.1.	Einleitung	139
3.2.	Voraussetzung an die Person des Therapeuten	139
3.3.	Die Aufnahme und Diagnostik	140
3.4.	Verlauf und Abschluss der Entwicklungsförderung	144
<b>4.</b>	<b>Die Therapieplanung</b>	<b>146</b>
4.1.	Offene Therapieplanung in einer defizitorientierten Therapie	146
4.2.	Offene Therapiepläne in einer ganzheitlichen Therapie	147
4.3.	Funktion eines verdeckten Therapieplans	148
<b>5.</b>	<b>Die konkrete Therapiestunde</b>	<b>150</b>
<b>6.</b>	<b>Flankierende Maßnahmen</b>	<b>152</b>
6.1.	Einleitung	152
6.2.	Kinderärztliche Medikamentengabe	153
6.3.	Die familiäre Intervention	155
6.4.	Die schulische Intervention	156
<b>7.</b>	<b>Fallbeispiele</b>	<b>158</b>
7.1.	Einleitung	158
7.2.	Der Fall Michael	159
7.2.1.	Die Aufnahme	159
7.2.2.	Diagnose	160
7.2.3.	Therapieplanung	162
7.2.4.	Therapieverlauf	163
7.2.4.1.	Einführung	163
7.2.4.2.	Darstellung der ersten Stunde	164
7.2.4.3.	Zwischenbericht nach dem ersten Monat	165
7.2.4.4.	Zwischenbericht nach drei Monaten	166
7.2.4.4.1.	Darstellung der Förderstunden	166
7.2.4.4.2.	Erstes Lehrergespräch	167
7.2.4.4.3.	Erstes Elterngespräch	168
7.2.4.4.4.	Versuch einer Gesamtanalyse	168

7.2.4.5.	Zwischenbericht nach 6 Monaten	170
7.2.4.5.1.	Darstellung der Förderstunden	170
7.2.4.5.2.	Zweites Elterngespräch	171
7.2.4.5.3.	Zweites Lehrergespräch	172
7.2.4.6.	Abschlussbericht nach 12 Monaten	172
7.2.4.6.1.	Darstellung der Förderstunden	172
7.2.4.6.2.	Drittes und viertes Elterngespräch	174
7.2.4.6.3.	Drittes und viertes Lehrergespräch	175
7.2.5.	Reflexion	175
7.3.	Der Fall Marc	177
7.3.1.	Die Aufnahme	177
7.3.2.	Diagnose	178
7.3.3.	Therapieplanung	179
7.3.4.	Therapieverlauf	180
7.3.5.	Reflexion	184
7.4.	Der Fall Tobias	186
7.4.1.	Aufnahme	186
7.4.2.	Diagnose	187
7.4.3.	Problembereiche der Therapieplanung	189
7.4.4.	Der Therapieverlauf	189
7.4.5.	Reflexion	194
7.5.	Der Fall Fabian	197
7.5.1.	Die Aufnahme	197
7.5.2.	Diagnose	198
7.5.3.	Therapieplanung	199
7.5.4.	Therapieverlauf	200
7.5.5.	Reflexion	204
<b>8.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>206</b>
<b>V.</b>	<b>Ausblick</b>	<b>212</b>
	<b>Literatur</b>	<b>215</b>
	<b>Curriculum Vitae</b>	<b>231</b>

## **Vorwort**

In der wissenschaftlichen Diskussion um die Problematik des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) gibt es unterschiedliche, zum Teil konträre Sichtweisen. Diese Situation hat Folgen, wenn es um die Frage der effektivsten Therapieform geht.

Die unterschiedlichen Behandlungsansätze zeigen häufig schwache Effekte. In der Wirkung der einzelnen Methoden und der Kombination unterschiedlicher Therapieansätze in zeitlich versetzten Abschnitten kommt es teilweise zur Verschärfung der Problematik durch Entwicklung von Sekundärproblematiken.

Die traditionellen therapeutischen Interventionen liegen in den Händen von Ärzten und Psychologen. Eine mögliche Lösung dieser Problematik könnte die Veränderung des Fokusses sein. Inwieweit eine Sichtweise, die weniger die Auffälligkeit, als vielmehr das Kind in seiner gesamten Entwicklung in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt, zu einer kindgerechteren und „effektiveren“ Entwicklungsbegleitung führen kann, soll in dieser Arbeit diskutiert werden.

Dank sagen möchte ich folgenden Personen, ohne die die vorliegende Arbeit in dieser Form nicht entstanden wäre:

Ich möchte Frau. Prof. Dr. R. Zimmer danken, die durch ihre Geduld und ihre Beratung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Ebenso möchte ich Herrn Prof. Dr. W. Schild und Frau. Dr. M. Schild danken, die in vielen Gesprächen auf langen Spaziergängen mitgeholfen haben, meine Gedanken zu strukturieren und neue Impulse zu setzen.

Auch möchte ich meinen Kollegen und Kolleginnen, insbesondere Herrn Burkhard Schmidt, sowie den Kindern, die an der Psychomotorischen Förderstelle, Bielefeld gefördert werden, mit ihren Eltern und Lehrern danken durch die meine langjährige therapeutische Auseinandersetzung mit dem Thema Hyperaktivität bzw. der ADHS-Problematik als Pädagoge und psychomotorischer Therapeut erst möglich wurde.

Weiterhin gehört mein Dank den Studierenden meiner Seminare zu diesem Thema an der Fachhochschule für Sozialwesen, Bielefeld, die mir durch ihre Fragen, Diskussionen und Ideen ebenfalls wertvolle Anregungen in der theoretischen Auseinandersetzung gegeben haben.

Schließlich möchte ich meiner Frau Ulrike Wohnhas und meiner Tochter Verena für ihre unermüdliche Energie bei der Korrektur des Manuskriptes danken.

Diese Dissertation wurde vom Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaft an der Universität Osnabrück angenommen.

## **I. Einführung**

Die Hyperaktivität oder genauer das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) gehört mit den aggressiven Verhaltensstörungen zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter (vgl. Döpfner et al. 2000, 1). Somit ist es nicht verwunderlich, dass dieses Störbild in der Öffentlichkeit und der Wissenschaft intensiv diskutiert wird.

Das ADHS ist durch Störungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der motorischen Aktivität gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten treten vor dem sechsten Lebensjahr auf und werden häufig als problematische Verhaltensweise in den letzten Kindergartenjahren und in der Grundschule von Pädagogen beobachtet.

So erwächst einerseits das öffentliche und schließlich auch das wissenschaftliche Interesse an diesem Phänomen aus dem hohen Leidensdruck der betroffenen Kinder und der tangierten Umwelt. Häufig müssen sich Eltern und Geschwister und auch Erzieherinnen und Lehrerinnen in Grund- und Sonderschulen mit dieser Problematik auseinandersetzen.

Andererseits ist häufig der Leidensdruck der Eltern so hoch, sodass sich innerfamiliäre Konflikte anbahnen. Diese Konflikte beginnen durch gegenseitige Schuldzuweisungen der Eltern und dem Vorwurf, in der Erziehung versagt zu haben. Die sozialen Beziehungen in der Familie verschlechtern sich zunehmend und die Konfliktpotentiale nehmen zu, bis die Familien in ihrer Existenz bedroht werden. Oft hören die Eltern von ihren Nachbarn und Erzieherinnen oder Lehrerinnen des Kindes:

„Was ist denn mit ihrem Kind los? Dieses Verhalten ist ja nicht mehr zu ertragen. Ich glaube, in ihrer Familie stimmt etwas nicht. Vielleicht sollten sie einmal den Arzt oder besser noch die Erziehungsberatung aufsuchen!“

Immer wieder wird berichtet, dass Eltern sich in diesem Stadium zunehmend mit ihrem Kind aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Einige wenige Eltern bekennen sich zu diesen Problemen, suchen Informationen und Hilfen in der Literatur und schließen sich Elternselbsthilfegruppen an, um aus der Isolation herauszukommen und aktiv werden zu können.

Im Kindergarten fallen diese Kinder anfangs selten auf. Die Unruhe und Impulsivität des Kindes wird zwar als besonders groß, aber altersentsprechend verstanden. Konzentrationsprobleme fallen allgemein im Kindergartenalltag kaum auf. Steigert sich die Hyperaktivität und die Impulsivität jedoch, sodass das Verhalten der Kinder zunehmend als störend verstanden wird, kommt es zwischen den Kindern und auch zwischen dem betroffenen Kind und den Erzieherinnen zu Konflikten. Die Eltern, ErzieherInnen und

LehrerInnen reagieren auf Grund von divergierenden Toleranzschwellen unterschiedlich auf diese Verhaltensproblematik. Die Übergänge zu den Auseinandersetzungen und Konflikten sind fließend. Häufig werden die Eltern zu einem Gespräch gebeten. Ein negativer Spiralprozess beginnt, der bei einer zunehmenden Stigmatisierung des Kindes zu neurotischen Verhaltensweisen bis hin zu aggressiven Ausbrüchen führt.

Viele ADHS-Kinder werden massiv verhaltensauffällig. Es kommt immer wieder zu groben Regelverletzungen und massiven sozialen Konflikten. Häufig fühlen diese Kinder sich schnell bedroht und reagieren entsprechend. Dieses Schutzverhalten wird oft als aggressiver Akt verstanden. Durch die Reaktion der beteiligten Personen auf diese Interpretation kommt es für das ADHS-Kind zu neuen subjektiv erlebten Bedrohungen. Ein Spirale beginnt, indem das Kind zunehmend stigmatisiert und sozial isoliert wird. Dies ist der Nährboden für weitere problematische Entwicklungen, sogenannter Sekundärproblematiken.

Diese Entwicklung setzt sich in der Grundschule fort. Es kommt sogar oft zu einer Verschärfung der Problematik, da Kinder insbesondere in Stillarbeitsphasen, in denen Ruhe und Konzentration gefordert werden, besonders auffallen. Kinder, die bisher wenig auffällig waren, oder sich schon in der beschriebenen „Negativspirale“ befinden, letztlich der Abwärtsbewegung des Selbstwertgefühls, sind froh und stolz, den Kindergarten abgeschlossen zu haben und nun ein Schulkind zu sein. Die Probleme im Kindergarten haben jetzt mit dem Beginn des neuen Lebensabschnittes ein Ende, so hoffen sie.

Tatsächlich beginnen in der Grundschule häufig erst die Probleme, da der Auftrag der Schulen neben dem Erziehungsauftrag zentral die Wissensvermittlung ist. Allgemeine Voraussetzung für einen Lernprozeß innerhalb einer Gruppe ist die Fähigkeit zur Konzentration, dem Nicht-abgelenkt-sein und der Fähigkeit zur motorischen Ruhe und Entspannung. Genau in diesen Bereichen hat das ADHS-Kind, das an motorischer Unruhe (Hyperaktivität), Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit) und Störung der Impulskontrolle (Impulsivität) leidet, grundlegende Probleme.

Die Kinder spüren in ihrer Lerngruppe, dass sie oft nicht die erwarteten Leistungen bringen können. In ihrer Freude ein Schulkind zu sein, zur Schule zu gehen in der Erwartung des Neuen, das auf sie zukommt, erfährt das Kind, dass es offensichtlich ein reduziertes Leistungsvermögen hat. Es kommt bei der neuen Gruppenstrukturbildung in der Klasse zu Auseinandersetzungen in der sich bildenden Hierarchie. Nicht nur Kraft, Schnelligkeit und Sprachgewandtheit insbesondere bei den Jungen entscheiden über die Leistungsfähigkeit und somit über die Anerkennung in der jeweiligen sozialen Gruppe, es kommt der Parameter der kognitiven Fähigkeit hinzu. In der Folge kommt es zu Ausgleichshandlungen, indem das Kind im Kampf um Anerkennung zum Klassenclown wird oder es zu offenen aggressiven Ausbrüchen kommt. Die Eltern werden von der Lehrerin zu einem Gespräch gebeten und die oben beschriebene Negativspirale setzt sich fort.



Sind die PädagogInnen nicht oder nur sehr begrenzt über das Syndrom informiert, so kommt es häufig in der Auseinandersetzung mit dem Kind zu Unsicherheiten und Selbstzweifel. Das Verhalten eines Kindes in der Klasse führt häufiger zu massiven Störungen im Unterricht, sodass die LehrerInnen ihren Unterrichtsstoff nicht planmäßig vermitteln können. Die LehrerInnen fühlen sich zunehmend unter Stress. Bei der Analyse der Problematik wird oft das betroffene Kind als Auslöser der Problematik lokalisiert. In der Folge kommt es häufig von seiten der Lehrerin zu nicht angemessenen Reaktionen auf die Verhaltensweisen des Kindes. Dieses Verhalten der LehrerInnen wirkt auf das Schutz- und Anerkennungsbedürfnis des Kindes in seinen negativ beurteilten Verhaltensweisen wie ein Katalysator. Ein zunehmender Konflikt ist vorprogrammiert.

Insbesondere kommt es bei sehr jungen und unerfahrenen oder auch älteren Kollegen, die nur unzureichend über die Problematik des ADHS-Syndroms informiert sind, zu erheblichen Unsicherheiten. Diese LehrerInnen stehen in dem oben beschriebenen Konflikt, indem sie in einer bestimmten Zeit ein bestimmtes Lernpensum erreichen müssen. Gelingt dies nicht, so fühlen sich die betroffenen LehrerInnen, wie oben beschrieben, unter Stress. Werden insbesondere die Konflikte mit dem betroffenen Kind als Ursache analysiert, kommt es häufiger zu inneren Selbstzweifeln der/die LehrerIn, die von sich als PädagogIn erwartet, derartige Situationen lösen zu können. Häufig führt dies zur Verunsicherung und Rückzug im Kollegium. Der/die LehrerIn bleibt mit ihren Konflikten und Selbstzweifeln allein.

Heute sind, durch die zunehmende öffentlich Diskussion über diese Verhaltensauffälligkeiten, viele LehrerInnen in der Lage ihre „Klassenräume wieder zu öffnen“ und die Problematik im Kollegium zu thematisieren.

Es besteht auch hier dringendes Interesse an aufklärender Literatur und Lehrerfortbildungen, die neben der Darstellung des Syndroms über mögliche pädagogische und psychologische Interventionsmöglichkeiten informieren. Es ist die Problematik des ADHS sowohl in der pädagogischen als auch der psychologischen wissenschaftlichen Disziplin von grundlegender Bedeutung.

Wenn Kinder massive Auffälligkeiten im Elternhaus und auch in der Schule zeigen, konsultieren die Eltern häufig den Kinderarzt. Auf Grund von mangelnden Informationen erkennen noch heute viele Kinderärzte dieses Störbild nicht. In den Fällen, in denen der Kinderarzt das Syndrom erkennt, entsteht das Problem der gesicherten Diagnostik. Viele Kinderärzte legen bei der eigenen Diagnostik das Explorationsgespräch, teilweise auch Fragebögen, zu Grunde. Wenn bei unsicheren diagnostischen Testmöglichkeiten ein ADHS festgestellt wird, sind Mediziner geneigt häufig Medikamente zu verordnen. Teilweise werden Kinderpsychiater zur Mitbehandlung hinzugezogen, die in gleicher Weise reagieren. Oft bleibt die medikamentöse Behandlung ohne weitere psychotherapeutische Beleitung, sodass „böse Zungen“ behaupten, die Kinder würden so medizinisch ruhig gestellt.

Eine ausschließliche Medikamentenbehandlung führt innerhalb der klinischen Medizin und Psychiatrie zu kontroversen Diskussionen. Einerseits sprechen Psychiater von unterlassenen Hilfeleistungen, wenn ein als positiv beurteiltes Medikament nicht verschrieben wird. Andererseits wird kritisiert, wenn ein Medikament verschrieben wurde, dass die Kinder ihre Entwicklung nicht selbst willentlich steuern können. Schließlich wird der Glaube an die Pille im Bedarfsfall, die alle Probleme löst, bei den Kindern gefördert. Weiterhin kritisieren einflussreiche medizinische Kapazitäten, dass bei einer ununterbrochenen Medikamentengabe, die von vielen Ärzten verschrieben wird, mögliche Nebenwirkungen nicht oder nur sehr ungenau beobachtet werden können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass das vorliegende Syndrom auch in der medizinisch-naturwissenschaftlichen Diskussion von internationalem Interesse ist.

Nicht zuletzt sei hier auf den Einfluss der pharmakologischen Forschung und Vermarktung der entwickelten Produkte in diesem Bereich hingewiesen.

Ein weiteres Behandlungsfeld sind die psychologischen Therapieversuche. Diese Ansätze, in denen das störende Verhalten der Kinder oft durch Einsicht in das Fehlverhalten und Verstärkung des gewünschten Verhaltens reguliert werden soll, werden teilweise am Ende eines langen Behandlungsweges der Kinder initiiert. Die Erfolge werden auch hier sehr kontrovers diskutiert.

Das grundlegende Problem bei der Behandlung dieses Störbildes ist, wie dargestellt, dass die Effizienz der Behandlungsmethode im direkten Zusammenhang mit dem Leidensdruck der betroffenen Kinder steht: Der Leidensdruck ist um so höher, je weniger effizient die Behandlungsmethode ist. Häufig kommt es zur Entwicklung von Sekundärproblematiken wie Aggression, sozialer Rückzug bis hin zu einem zunehmend neurotisch schwächer werdenden Selbstbild.

Somit liegen die traditionellen Interventionsansätze in den Händen der Ärzte und Psychologen. In der Auseinandersetzung mit dem Thema geht es nicht um eine Ablehnung einer Medikamentierung oder den psychologischen Therapieansätzen. Im Hinblick auf relativ schwache Langzeiteffekte (vgl. Kap. III.), die durch die traditionellen Ansätze erreicht werden, muss festgestellt werden, dass diese Interventionen nicht ausreichen, dem Kind einen Weg zur langfristigen Gesundheit zu eröffnen.

Bei der genauen Betrachtung des Problems des ADHS wird deutlich, dass es nicht nur durch biologische oder psychologische Faktoren verursacht ist, sondern es geht im Wesentlichen um ein soziales Problem bei der Ursachenanalyse des ADHS. Wenn dies nachgewiesen werden kann, liegt eine multikausal verursachte Problematik vor. In diesem Fall können singuläre Therapieansätze nicht nachhaltig effektiv wirken. Inwieweit Therapiekombinationen wirken oder ein anderer, ein ganzheitlicher Ansatz notwendig wird, soll im Folgenden diskutiert und anschließend in der Praxis an Hand von Fallbeispielen dargestellt werden.

In Kapitel II wird der aktuelle Stand der Forschung um das Syndrom vorgestellt. Es werden die unterschiedlichen Ursachenhypothesen beleuchtet und die bekannten therapeutischen Interventionsversuche dargestellt.

In Kapitel III wird die Effektivität der disziplinären, als auch der interdisziplinären Behandlungsansätze hinterfragt. Schließlich werden Hypothesen zur Lösung des Problems der begrenzten Effektivität entwickelt, indem die Begriffe Effektivität und Behandlungsversuche in der jeweiligen Sichtweise des Menschen untersucht werden.

In Kapitel IV werden die grundlegenden Bedingungen für eine positive Persönlichkeitsentwicklung vorgestellt und diskutiert. Es wird die Forderung erhoben, die traditionelle wissenschaftliche Sichtweise der Begriffe Krankheit und Therapie zu revidieren. Das Kind soll in seiner Umgebung beleuchtet werden, wobei es mit seiner ganzen Persönlichkeit in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt wird.

Schließlich werden in Kapitel V die gewonnenen Ergebnisse zusammengetragen und ein Rahmenmodell für eine ganzheitliche therapeutische Entwicklungsbegleitung des Kindes entwickelt. An Hand von vier Fallbeispielen wird dieses Modell in der Praxis dargestellt und überprüft.

Abschließend wird in Kapitel VI das Modell kritisch reflektiert und eine Übertragung des entwickelten Rahmenmodells in die breite Praxis diskutiert.

Der aktuelle Stand der Forschung wird im folgenden Kapitel dargestellt.

## **II. Stand der Forschung zum ADHS-Syndroms**

### **1. Darstellung des Syndroms**

#### **1.1. Einleitung**

Das Thema der vorliegenden Arbeit ist die Problematik der therapeutischen Intervention beim ADHS. In diesem Kapitel werden das Syndrom, die Ursachenhypothese und die bekannten therapeutischen Interventionsversuche dargestellt und diskutiert.

Kinder, die unter diesem Syndrom leiden, fallen in der Öffentlichkeit sehr bald auf. Die unruhigen, zappeligen Kinder, die sich nur schwer konzentrieren können und ständig aktiv sind, werden von der Umgebung als störende Kinder identifiziert.

In der Folge stelle ich das Kind Klaus vor. Er ist eigentlich ein ganz normales Kind, das in die zweite Klasse einer Grundschule geht. Wenn Klaus am Tisch oder vor dem Fernseher sitzt, kann er nicht ruhig bleiben. Ständig rutscht er hin und her, so dass die übrigen Familienmitglieder ebenfalls ganz unruhig werden. Auch wenn er bei seinen Hausaufgaben sitzt, kann er sich nur kurze Zeit konzentrieren. Alles andere ist ihm wichtiger. Er beobachtet die Katze auf dem Fenstersims, sieht die Vögel im Garten. Er hört zu, wenn die Mutter mit seinem Bruder in der Küche spricht. Er knickt Eselsohren in sein Heft und beginnt am Rand seines Heftes zu malen. Immer wieder muss die Mutter ihn ermahnen. Ähnlich ist es morgens und abends beim An- und Ausziehen. Alles ist interessant, nur nicht das, was er tun soll. Wenn die Eltern Besuch bekommen, springt er manchmal tatsächlich über Tische und Bänke, so dass der Besuch erstaunt die Eltern ansieht.

Klaus hatte es nicht leicht in seinem bisherigen Leben. In der Schule ist es besonders schlimm. Gerade in den Phasen, wenn alle Schüler leise arbeiten, beginnt er mit seinem Nachbarn zu reden, steht auf und läuft in der Klasse umher oder wirft mit Radiergummis. Die LehrerInnen sind verzweifelt. Dabei kann Klaus durchaus seine schulischen Leistungen erbringen, wenn er sich für eine kurze Zeit konzentrieren kann. Im Sportunterricht sind seine Mitschüler manchmal wütend auf ihn, da er oft scheinbar planlos in der Halle umherläuft und auf alle Geräte klettert, herumhangelt und hinunterspringt. In den Pausen hat er kaum Spielkameraden. Seine Mitschüler sagen, dass sie nicht mit ihm spielen können, weil er ständig etwas anderes macht, die Mitschüler umrennt und sowieso immer Recht haben will.

Die Liste seiner Auffälligkeiten ließe sich noch weiterführen. Die LehrerInnen wissen nicht, wie sie ihn beurteilen sollen, da er wenig Leistungen zeigt. Durch sein Verhalten in der Klasse wird er von seinen Mitschülern gemieden. Häufig hatte der/die LehrerIn Probleme, ihren Lernstoff in dieser Klasse zu vermitteln, weil Klaus` ihre gesamte Aufmerksamkeit braucht. Seine Eltern wagen es nicht mehr Freunde oder Verwandte zu besuchen, weil Klaus alles durcheinander bringt und so anstrengend ist.

Schon vor einiger Zeit begann für Klaus ein Leidensweg. Er begann im Kindergarten und setzte sich in der Schule fort. Klaus fühlte sich zunehmend kritisiert und zurechtgewiesen. Bald hatte er den Eindruck, dass niemand ihn mehr mochte. In der Familie wurde seine Beziehung zu seinen Eltern immer schlechter. Ständig kritisierten sie an ihm herum. Das ließ er sich nicht gefallen. Die Eltern wussten sich keinen Rat mehr. Die Kindergärtnerin beschwerte sich über ihn. Die Nachbarn nannten ihn einen unerzogen Bengel. Schließlich stellten die Eltern ihn einem Kinderarzt vor. Dieser fühlte sich völlig überfordert, empfahl ein Beruhigungsmittel und schickte die Eltern zu einer Beratungsstelle. Heute glauben die Eltern, dass sie in ihrer Erziehung etwas falsch gemacht haben. Auch der Schulpsychologe wurde eingeschaltet. Dieser diagnostizierte:

Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität

Nun begann der Leidensweg durch die Praxen von neuem. Klaus wusste nun:

"Irgend etwas ist mit mir nicht in Ordnung!"

Wie man jedoch Klaus helfen könnte, wusste niemand so genau. Der Kinderarzt riet zu einem Beruhigungsmedikament, der Schulpsychologe zum Entspannungstraining, die Erziehungsberatungsstelle zu einer konsequenten Erziehung. --- Was nun???

Das ADS mit und ohne Hyperaktivität ist in der Wissenschaft schon weitgehend bekannt. Insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Vergleich zu anderen Problemfeldern dieser Bereich gut erforscht. Entscheidende Fragen sind noch ungeklärt. Lauth (1996) sieht im Wesentlichen drei Problemfelder, die der dringenden Klärung bedürfen:

" Die diagnostischen Kriterien zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sind relativ breit, so daß von einer beträchtlichen Heterogenität des Störbildes auszugehen ist. Hier stellt sich die Frage, ob und gegebenenfalls welche Subgruppen zu unterscheiden sind.

Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gelten per definitionem als kognitiv funktional beeinträchtigt. Derzeit mangelt es aber an geeigneten Verfahren als auch an gesicherten Kriterien, um eine derartige Beeinträchtigung feststellen und therapeutisch angehen zu können. Hier besteht Klärungsbedürfnis hinsichtlich der Verfahren und

Normen, die zur Diagnostik herangezogen werden sollten, und im Vorfeld ist die Frage zu diskutieren, welchen Stellenwert kognitiv-funktionale Beeinträchtigungen für die Anpassungsbeeinträchtigungen dieser Kinder haben.

Mit dem Aufkommen multifaktorieller Bedingungsmodelle werden in einigen Ansätzen multimodale Behandlungsansätze favorisiert. Damit einhergehend stellt sich die Frage nach den Regeln der Therapieplanung; oder anders gefragt: Welche Bedingungsmomente der Störung sollten in welcher Reihenfolge und in welcher Ausführlichkeit in der Therapieplanung berücksichtigt werden?"(Lauth 1996, 74)

Wenn wir von der diagnostischen und therapeutischen Praxis ausgehen, scheint mir ein vierter Punkt sehr wesentlich zu sein:

Es ist zu klären, welche Disziplinen in welcher Reihenfolge in der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen und inwieweit eine mögliche fachübergreifende Zusammenarbeit als sinnvoll, sinnvoll in Hinsicht für das Kind und seine weitere Entwicklung, angesehen werden müssen.

Neben den Ursachen- und geeigneten Therapieformdiskussionen in den einzelnen Disziplinen und Teildisziplinen dürfen wir das Kind, um das es nun letztlich geht, nicht vergessen. Wenn es Therapieansätze gibt, die, wenn nicht Heilung, so doch Linderung versprechen, so ist es dringend notwendig, die bisherigen Erkenntnisse und Erfahrungen aus den unterschiedlichen Disziplinen zusammenzutragen, zu prüfen und ggf. einen *interdisziplinären* Behandlungsansatz zu entwickeln, der möglicherweise deutlich effizienter und kindgerechter sein könnte.

## **1.2. Historische Entwicklung**

Die oben beschriebenen Auffälligkeiten sind in Deutschland in den 70er Jahren auf ein zunehmendes öffentliches Interesse gestoßen. Bei der Durchsicht der vorliegenden Literatur kann oberflächlich betrachtet der Eindruck entstehen, dass sich seit dieser Zeit das Syndrom auch in Europa entwickelt hat. Tatsächlich reichen die Belege aber bis ins 17. Jahrhundert zurück. Der Leibarzt des Kaisers Napoleons I., Dr. Hasslam, beschrieb 1808 diese Kinder als Schrecken der Schule, Qual der Familien und Plage der Umgebung. Es sind moralisch kranke Kinder, die Sklaven ihrer Leidenschaften sind (vgl. Skrodzki 2000). Vierzig Jahre später schrieb 1848 Heinrich Hoffmann ein Bilderbuch für seine Kinder. Heute ist es als „Struwwelpeter“ bekannt. Hoffmann beschreibt den Hans-kuck-in-die-Luft, der in den Fluss fällt, weil er sich für alles interessiert und nicht auf seinen

Weg achtet. Weiter beschreibt er den fliegenden Robert und das zündelnde Paulinchen. Schließlich beschreibt er den bekannten Zappelphilipp.

Die bei Hoffmann dargestellten Auffälligkeiten wurden schon im 19. Jahrhundert als die häufigste Seelenstörung im Kindesalter von englischen, deutschen und französischen Ärzten bezeichnet. Die Beschreibungen des Verhaltens ähneln dem des ADHS in auffälliger Weise.

Weitere vierzig Jahre später beschrieb der deutsche Badearzt Scherpf (1881) als die häufigste kindliche Seelenstörung das impulsive Irresein. Sechzehn Jahre später berichtete Steiner, der Begründer der Anthroposophie, von hysterischen Affektionen.

Skrodzki beschreibt Georg F. Still, der sehr detailliert das Syndrom darstellte:

„1902 beschrieb Georg F. Still (Sir Georg F. Still (1868 bis 1941), Kinderarzt am Hospital for sick Children, Great Ormond Street in London: Die Ärzte kennen ihn vom Stillschen oder accidentellen Herzgeräusch und vom Still-Syndrom, der systemischen Form der PCP mit Abdominalbeteiligung in drei Vorlesungen unter dem Titel: “Some abnormal psychical conditions in children“ die Entwicklung der moralischen Kontrolle. Sie wären unabhängig von der Intelligenz, es gäbe bei Störungen dieser Entwicklung Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit von 3:1 Jungen gegenüber Mädchen, der Beginn von Auffälligkeiten läge vor dem 8. Lebensjahr, und diese Kinder wären anfällig für Unfälle. Er beschrieb auch Tics, vermutete eine biologische Praedisposition und sagte: Intellekt und Willen wären getrennt durch eine leichte, unerkannte Form von Hirnschädigung.“ (Skrodzki 2000, 23)

Bei der Betrachtung der Klassifikationsschemata ICD 10 und DSM IV, die heute gültig sind, lassen sich deutliche Parallelen aufzeigen.

Skrodzki nennt Pick, der 1904 von einer motorischen Unruhe im Kindesalter, der eine Psychose zugrunde liegt, spricht. Auch er schrieb den Kindern eine gute Intelligenz zu.

1917 schrieb der Prager Arzt für Kinderheilkunde Prof. Czerny an der ‘Charite‘ in Berlin über schwer erziehbare Kinder. Diese Veröffentlichung erregte seinerzeit erhebliches Aufsehen. Czerny hat das Syndrom deutlich beschrieben und Möglichkeiten zur Behandlung vorgestellt.

In den 30er Jahren arbeitete Charles Bradley als leitender Arzt des Emma Pendleton-Bradley-Hospital in Riverside in Rhode Island an eine Stimulantientherapie für hyperkinetische Kinder und veröffentlichte 1937 seinen bahnbrechenden Bericht (vgl. Trott 1998).

Bradley stellte das Syndrom zwar knapp, jedoch vollständig vor. In seiner Schlussfolgerung schlug er als therapeutische Intervention eine Stimulanzientherapie vor.

In den folgenden Jahren verlagerte sich das öffentliche Interesse an der Behandlung von der Psychotherapie zur Pharmakotherapie.

„Eine rege klinische und pharmakologische und eine beginnende biochemische Forschung, getragen von Kinderärzten, Kinderpsychiatern und Neurophysiologen setzte ein.““ (Eichseder 1987a, 1178)

Der Zusammenhang einer Bewegungsunruhe mit einer möglichen Hirnschädigung wurde zunehmend vermutet. Seither wurde als Ursache für die Verhaltensauffälligkeiten auch eine Hirnschädigung angenommen, auch wenn es keine unmittelbaren Hinweise gab.

„Darüber hinaus wurde das Spektrum der Auffälligkeiten erweitert: Konzentrationsstörungen, mangelnde Impulskontrolle, auffallende Ungeschicklichkeiten als Folge von Koordinationsstörungen und ähnliches kamen hinzu. Die Bezeichnung dieser Auffälligkeiten wechselte von Autor zu Autor. International hat sich am meisten der Begriff „Minimal Brain Damage“ durchgesetzt (Strauss, W. 1941), in Deutschland der „Frühkindliche Hirnschaden“ (Lempp 1964).“ (v. Lüpke 1991, 41)

Laufer prägte 1957 den Begriff „Hyperkinetik-Impuls-Disorder“. Er vermutete eine Störung in Form einer Filterschwäche im Thalamus.

Nach Skrodzki wurde in den 60er Jahren das Phänomen der Hyperaktivität in den Vordergrund gestellt. In den 70er Jahren wurde dieses Verständnis abgelöst durch die Erweiterung des Störbildes in Form einer Aufmerksamkeitsstörung. Hier sind insbesondere Wender (2000) und Virginia Douglas zu nennen, die mit ihren zahlreichen Studien zum Verständnis der Aufmerksamkeitsstörung beigetragen haben.



### 1.3. Symptomatik und Diagnostik

Bei der Betrachtung der geschichtlichen Entwicklung wird deutlich, dass dieses Störbild keine Entdeckung der heutigen Zeit ist und sich schon gar nicht in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat.

Andererseits wird deutlich, dass es ein klares abgegrenztes Störbild lange Zeit nicht gegeben hat. So ist oft in der Literatur mit der Diagnose „minimale cerebrale Dysfunktion“ (MCD) gearbeitet worden. In der weiteren Entwicklung wurden andere Störbilder, wie spezifische Lernstörungen und andere Teilleistungsstörungen dem MCD zugerechnet. Diese Störbilder konnten nicht konkret beschrieben werden, jedoch wurde ein Zusammenhang zu einer Hirnfunktionsstörung vermutet. Die MCD deutet eine hirnorganische Störung an, die jedoch nicht belegt werden konnte, da eine „minimale“ Störung vermutet wurde. Somit wurde der Begriff MCD zunehmend verwässert und die Störbilder konnten nicht sauber abgegrenzt werden. Schließlich lässt dieser Begriff keine weiteren möglicherweise multifaktoriellen Ursachenhypothesen zu.

Die weiteren in der Literatur verwendeten Begriffe wie „hyperkinetisches Syndrom“, „hyperkinetische Störung“ oder „Hyperaktivität“ beschreiben nur einen Teil der Auffälligkeit. Dennoch werden diese Begriffe auch heute noch verwandt, weil sie eine vordergründige Teilstörung beschreiben.

In den 80er Jahren wurde im internationalen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalter DSM III der Begriff „Attention Deficit Disorder“ (ADD) bzw. ADD plus Hyperactivity (ADD/H) eingeführt. Dieser Begriff rückt die Störung der Aufmerksamkeit in den Mittelpunkt. Das DSM III unterschied ein Störbild der Aufmerksamkeit mit und ohne Hyperaktivität. In Anlehnung an die amerikanische Bezeichnung wird heute im deutschsprachlichen Raum der Begriff Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS bzw. ADHS) verwendet.

Im Jahr 1991 wurde das im deutschsprachigen Raum gebräuchliche Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 (Dilling et al., 1991; 1994) der Begriff „hyperkinetische Störung“ (HKS) definiert. Neben diesem deutschen System ist heute die überarbeitete Fassung des oben erwähnten DSM III, in der Weiterentwicklung das DSM IV (American Psychiatric Association 1994, Saß et al., 1996), gültig. Remschmidt und Schmidt (1994) haben einen synoptischen Vergleich zwischen beiden Klassifikationssystemen vorgelegt.

Im ICD-10 (F90) werden hyperkinetische Störungen wie folgt beschrieben (Remschmidt und Schmidt, 1994, 101f):

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn (sie sollen vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben), einen Mangel an

Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie, eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich, Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Kognitive Beeinträchtigung ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.

Die Kardinalsymptome sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität. Für die Diagnose sind beide notwendig.

Die beeinträchtigte Aufmerksamkeit zeigt sich darin, daß Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend das Interesse an einer Aufgabe verlieren, weil sie zu einer anderen hin abgelenkt werden, (wenn auch Laboruntersuchungen nicht regelmäßig ein ungewöhnliches Ausmaß an sensorischer oder perzeptiver Ablenkbarkeit zeigen). Diese Aspekte, die mangelnder Aufmerksamkeit und Ausdauer, sollten nur dann diagnostiziert werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind.

Überaktivität bedeutet exzessive Ruhelosigkeit, besonders in Situationen, die relative Ruhe verlangen. Situationsabhängig kann sie sich im Herumlaufen oder Herumspringen äußern, im Aufstehen, wenn dazu aufgefordert wurde sitzenzubleiben; in ausgeprägter Redseligkeit und Lärmen; oder im Wackeln und Zappeln bei Ruhe. Beurteilungsmaßstab sollte sein, daß die Aktivität im Verhältnis zu dem, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre, extrem ausgeprägt ist. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle fordern.

Beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität sollten nebeneinander vorhanden sein; darüber hinaus sollten sie in mehr als einer Situation in Erscheinung treten (z. B. zu Haus, in der Klasse und in der Klinik."

Ähnlich wie das ICD-10 beschreibt das amerikanische DSM-IV diese Störung als eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität) (vgl. Döpfner, Frölich und Lehmkuhl, 2000,1f).

Döpfner et al. stellen eine Tabelle vor, in der beide Systeme in ihren Symptomkriterien verglichen werden:

#### **A) Unaufmerksamkeit**

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu halten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositonellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Läßt sich oft durch äußere Reize ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich.

#### **B) Hyperaktivität**

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht ((häufig)) in der Klasse oder in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.

3. Lläuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegeföhl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. ((Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“).)  
(Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflufbar ist.)

### **C) Impulsivität**

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (bei Spielen oder in Gruppensituationen).
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäfzig viel (ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren).  
((Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.))

---

(( )) = nur DSM IV; ( ) = nur ICD 10

Die Kriterien sind in beiden Systemen fast identisch. Sowohl das DMS-IV, als auch das ICD-10 fordern als Randbedingungen eine beobachtete Dauer von mindestens sechs Monaten und einen Beginn vor dem siebten Lebensjahr. Die Kriterien sollten in mehr als einem Bereich erfüllt sein, um auszuschließen, dass die Verhaltensstörung durch Bedingungen in einem Bereich, z.B. der Schulsituation, verursacht ist.

In der Untersuchungssituation werden in den seltensten Fällen alle Kriterien und alle Kriterien in der gleichen Intensität erfüllt sein. Steinhausen (1995) fordert in seiner revidierten Fassung die Erfüllung von Mimimalkriterien (vgl. auch Schlottke et al. (1996)). Bei dem Versuch der Diagnosebestimmung wird die Vielschichtigkeit des Problems und damit die notwendige Konsequenz für eine therapeutische Intervention deutlich. Döpfner et al. (2000) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Fehlen von Symptomen nicht zwangsläufig daraufhinweist, dass die Störung nicht vorliegt.

So gut sich die Symptombestimmungen im ICD-10 und im DSM-IV vergleichen lassen, so divergent zeigen sich die Diagnosetypen in beiden Systemen:

Vielfach wurden die unterschiedlichen Typen in der Literatur dargestellt. In Anlehnung an Döpfner et al. (1998) werden ich beide Systeme vorstellen:

#### Diagnose nach ICD-10

Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität	+	Impulsivität	F 90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung
		situationsübergreifend			
	+				
Störung des Sozialverhaltens					F 90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

#### Diagnose nach DMS-IV

Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität/Impulsivität	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Mischtyp
		situatuionübergreifend	
Aufmerksamkeitsstörung	-	Hyperaktivität/Impulsivität	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend unaufmerksamer Typ
		situatuionübergreifend	
Hyperaktivität/Impulsivität	-	Aufmerksamkeitsstörung	Aufmerksamdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typ

Das ICD-10 fordert für die Diagnose einer Einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung die Erfüllung der Kriterien der Aufmerksamkeitsstörung, der Hyperaktivität und der Impulsivität. Kommen zu diesem Störbild Störungen des Sozialverhaltens hinzu, so diagnostiziert das ICD-10 eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1).

Demgegenüber steht das DSM-IV. Es unterscheidet drei Typen. Der Typ des ICD-10: Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung wird im amerikanischen System als Mischtyp bezeichnet. Darüberhinaus unterscheidet das DMS-IV den vorwiegend unaufmerksamen Typen und den vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typen. Die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität/Impulsivität wurde auch im deutschsprachigen Raum diskutiert. Steinhausen (1995a,13) weist darauf hin, dass die deutsche Forschung dieses Störungsbild als einen eigenständigen Typ versteht.

Insgesamt zeigt sich das amerikanische Diagnoseschema differenzierter, so dass auch beim Fehlen bestimmter Symptome eine Diagnose möglich ist (vgl. Brühl et al. 2000). Andererseits kennt das DSM-IV keinen Kombinationstypus, der die Störung des Sozialverhaltens mit einschließt. Nach dem amerikanischen System müssen in diesem Fall zwei getrennte Diagnosen erstellt werden.

Zur Abgrenzung der beschriebenen Verhaltensstörung nennen beide Systeme übereinstimmend als Ausschlusskriterien die Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotische Störung.

Döpfner et al. (2000, 3f) merken hierzu an:

„Darüber hinaus benennt das ICD-10 eine depressive Episode oder eine Angststörung als Ausschlußkriterium, während nach DSM-IV gefordert wird, daß die hyperkinetischen Symptome nicht durch eine andere psychische Störung besser beschrieben werden können (z. B. durch eine affektive Störung, eine Angststörung, eine dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung). Die Formulierung nach DSM-IV erscheint treffender gewählt.“

Tatsächlich ist, wie oben beschrieben, durch die Bildung der drei Erscheinungstypen und der offenen Formulierung der Ausschlußkriterien eine genauere Diagnose möglich.

Abschließend sei erwähnt, dass sowohl das ICD-10 als auch das DSM-IV eine Kategorie vorgeben, die dann gewählt werden kann, wenn einzelne Kriterien nicht erfüllt werden. Diese Kategorie wird als eine nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung beziehungsweise als eine Aufmerksamkeit-defizit/Hyperaktivitätsstörung beschrieben.

## 1.4 Prävalenz

Die Angaben über die Häufigkeit der ADHS-Symptomatik variieren bei den einzelnen Untersuchungen zum Teil beträchtlich. Eine Erklärung für die Divergenz liegt bei der Wahl der diagnostischen Instrumente (vgl. ICD-10 und DSM-IV), der Bewertung der Symptomen, die unterschiedliche Praxis in der Diagnose und in der Variation der begleiteten Störungen (Komorbidität).

Nach Steinhausen (1995a, 17) betrug die Prävalenzrate in den USA 2,0% (Kashani et al. 1987), 4,3% in Kanada (Offord et al. 1987; Velez et al. 1989), 6,7% in Neuseeland (Anderson et al. 1987) und in Puerto Rico 9.5% (Bird et al. 1988).

In neueren Untersuchungen wurden in Deutschland bei einer bundesweit repräsentativen Stichprobe im Urteil der Eltern (Lehmkuhl et al. 1998) zwischen 3% bis 10% aller Kinder im Alter zwischen vier und zehn Jahren die Kernsymptomatik angegeben. Beobachtet werden konnte, dass die Symptomatik bei Jungen deutlich auffälliger eingeschätzt werden konnte, als bei den Mädchen.

In vielen Untersuchungen liegt das Verhältnis bei 3:1 und deutlich höher (vgl. Döpfner 2000, 6).

Skrodzki (2000, 32) führt an, dass nach vorsichtigen Schätzungen zur Zeit in Deutschland etwa 400 000 Kinder und Jugendlichen im Alter von 6 bis 16 Jahren (4%) von der ADHS-Symptomatik betroffen sind. Er geht davon aus, dass etwa 100 000 Kinder dringend behandlungsbedürftig sind.

Eine Untersuchung von Brühl (Brühl et al., 2000) wurden auf der Basis von Eltern- oder Lehrerfragebögen nach dem DSM-IV durchgeführt. Brühl kam zu dem Ergebnis, daß bei etwa 8,8% bis 17,8% eine ADS-Symptomatik vorliegt. Eine weitere Untersuchung von Baumgaertel et al. (1995) zeigte auf der Basis eines Lehrerfragebogens, der auf Grund der Kriterien des DSM-IV entwickelt wurde, eine Prävalenzrate bei Grundschulkindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung von 17,8%. Dieser Prozentsatz ließ sich in die drei Subgruppen der DSM-IV Diagnostik unterteilen:

- 4,8% gemischter Subtyp
- 3,9% Störung vom vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtyp
- 9,0% Störung vom vorherrschend unaufmerksamen Subtyp

Diese Untersuchung bestätigt die Spanne der Prävalenz in der neueren Literatur, die zwischen 3% und 10% angegeben wird (vgl. Döpfner et al. 2000, 5f).

## 1.5. Persistenz des Syndroms

Die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV fordern eine beobachtbare Verhaltensstörung vor dem sechsten Lebensjahr. In der Praxis wird das hyperaktive Verhalten der ADHS-Kinder in der Ätiologie häufig schon im Kleinstkindesalter beobachtet:

„Die Kinder zeichnen sich oft bereits im Säuglingsalter durch schwierige Temperamentsmerkmale aus mit einem extrem hohen Aktivierungsniveau (sogen. Schrei-Babies), geringe Anpassungsfähigkeit an neue Situationen und einer mangelhaft ausgeprägten psychophysiologischen Rhythmizität (Schlaf-Wach-Rhythmusprobleme, Ernährungsprobleme).“  
(Frölich, J. 2000, 212)

Bei der Untersuchung der Persistenz im Jugendalter gibt es verhältnismäßig wenig vergleichbare Längsschnittstudien. Ein wesentlicher Grund für das Problem der Vergleichbarkeit ist die differenzielle Diagnostikmethodik. Naumann (1996, 93) hat die bekanntesten Längsschnittuntersuchungen gegenübergestellt. Sie sieht jedoch in der Vergleichbarkeit vier Probleme:

- „Erstens ist nicht sichergestellt, ob alle untersuchten Gruppen eine klinisch-psychologische Diagnose im Sinne von „ADHD“ oder „Hyperkinese“ rechtfertigen. Den Längsschnittstudien liegen verschiedene Diagnosen zugrunde (ADD, ADHD, Hyperkinetisches Syndrom, Hyperaktivität), mit denen Aufmerksamkeitsstörungen in den letzten 20 Jahren bezeichnet wurden.

Ein zweites Problem stellen die bei langen Verlaufszeiträumen nahezu unvermeidbaren Schwundraten der Stichproben dar. Sie führen möglicherweise zu einer Unterschätzung der Entwicklungsrisiken hyperaktiver Kinder, da besonders belastende Jugendliche mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auch diejenigen sind, die weniger Kooperationsbereitschaft und Motivation zeigen und somit nicht für Nachuntersuchungen gewonnen werden können.

Drittens erlauben die Studien keine Aussage über den Störungsverlauf *sui generis*, da durchgängig behandelte Kinder in die Untersuchungen einbezogen wurden.

Viertens muß letztlich offen bleiben, inwieweit die durch zahlreiche Studien belegte Problemverschärfung (Erwerb weiterer Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen) speziell für ehemals aufmerksamkeitsgestörte Kinder zutrifft oder nicht auch bei anderen kindlichen Verhaltensstörungen zu konstatieren wäre, denn in keiner der Studien wurden psychiatrische Kontrollgruppen eingeführt.“



Die folgende Darstellung ist ein Auszug der von Kerstin Naumann (ebd. 94-96) vorgelegten Untersuchungen.

<b>Studie</b>	<b>Follow-up (Mittelwert)</b>		<b>Interval (in Jahren)</b>	<b>-Stichprobe</b>	<b>Jungen</b>
Minde (1972)	13 (11-17)	91	5	88	89
Cohen (1971)	15 (13-16)	20	5	Zufallsaus- wahl: 31	100
Huessy (1973)	15	74	8-10	87	?
Hoy (1978)	15	15	5	Zufallsaus- wahl: 23	100
Hopkins (1979)	19 (17-24)	70	10	67	?
Weiss (1979)	19 (17-24)	75	10	72	91
Satterfield (1982)	17 (14-21)	110	8	73	100
August (1983)	14	52	4	68	100
Hechtman (1984)	21(19-26)	53	12	53	86
Mannuzza & Gittelman (1984)	17	12	10	100	0
Gittelman (1985)	18 (15-23)	101	6-11	98	?
Weiss (1985)	25 (21-33)	51-63	15	49-61	90
Hechtman & Weiss (1986)	25 (21-33)	61	15	59	90
Lambert (1987)	14	59	3-4	72	100
Lambert (1988)	17-18	?	3+	?	78
Wallander (1988)	19 (18-21)	57	8	100	100
Barkley (1990)	15 (12-20)	123	8	78	90
Barkley (1990)	12-20	100	8	63	88
Moffit (1990)	13	35	bis zu 10	?	100
Mannuzza (1991)	19 (16-21)	94	8-10	90	100

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Untersuchungen bezüglich der Persistenz und des antisozialen Verhaltens. Weitere Ergebnisse sind in den Originalarbeiten, bzw. bei Naumann zu finden.

Studie	Persistenz von AD(H)D	Antisoziales Verhalten
Minde (1972)	signifikant größere Symptombelastung (Hyperaktivität)	signifikant größere Symptombelastung (Aggressivität)
Huessy (1973)		20% hatten „ernste Kontakte mit dem Gesetz“
Hoy (1978)		signifikant häufigere polizeiliche Verwarnungen
Weiss (1979)		signifikant mehr Gerichtsverhandlungen in der Vergangenheit
Satterfield (1982)		Variierend in Abhängigkeit von der sozialen Schicht wurden 58%, 36% u. 52% wenigstens 1x verhaftet wg. ernster Vergehen; 25% waren bereits institutionalisiert
August (1983)	86% ehemals Hyperaktive und 83% Hyperaktive mit ursprünglich antisozialem und aggressivem Verhalten erhielten die Diagnose AD(H)D	Keiner der nur hyperaktiven Jungen wurde verhaltensauffällig; 37% der hyperaktiven Jungen mit ursprünglich antisozialen und aggressivem Verhalten erhielten die Diagnose „Verhaltensgestört“
Hechtmann (1984)		tendenziell mehr Gerichtsvorstellungen in der Vergangenheit
Mannuzza & Gittelman (1984)	25% erhielten die Diagnose AD(H)D	17% erhielten die Diagnose „Verhaltensstörung“
Gittelman (1985)	31% erhielten die Diagnose ADHD (sign.). 40% wiesen mindestens 2 Kernsymptome des Syndroms auf (sign.)	27% erhielten die Diagnose einer „Verhaltensstörung“ (sign.)
Weiss (1985)	66% wiesen fortbestehende Symptome des ADHD-Syndroms auf (sign.)	23% erhielten die Diagnose „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (sign.)
Hechtman & Weiss (1986)		22% erhielten die Diagnose „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ (sign.); Tendenziell mehr Gerichtsverhandlungen, Fälle von physischer Aggression und Handel mit Drogen

Lambert (1987)	80% waren noch beeinträchtigt: 43% wurden noch behandelt auf- Grund von Hyperaktivität 37% wiesen fortbestehende Rest- symptome auf (ohne Hyperaktivität)	19% waren bereits „in Konflikt mit dem Gesetz“ (sign.); 14% wurden von der Schule ver- wiesen (sign.)
Lambert (1988)		mehr Verhaltensstörungen, z.T. mit Aggressivität (sign.); höhere Deliquenzraten, (sign.); mehr ehemals Hyperaktive leben in Institutionen (sign.)
Wallander (1988)		26% wurden mindestens einmal verhaftet
Mannuzza (1989)		39% wurden bereits verhaftet, 28% verurteilt, 9% inhaftiert (sign.)
Barkley (1990)	83% erhielten die Diagnose ADHD	60% erhielten die Diagnose „Verhaltensstörung“ oder Störung mit oppositionellem Trotzverhalten (sign.)
Moffit (1990)		Bei ADD-Jungen mit zusätzlich delikquentem Verhalten blieb antisoziales Verhalten persistent
Mannuzza (1991)	22% erhielten die Diagnose ADHD (sign.) 43% wiesen mindestens 2 Kern- symptome des Syndroms auf (sign.) (sign.)	32% erhielten die Diagnose „anti- soziale Persönlichkeitsstörung“ (sign.)

Bei der Frage der Persistenz des Syndroms zeigen die Untersuchungen übereinstimmend, dass die Störungssymptome bei einem erheblichen Teil der Probanden bis in das Erwachsenenalter hinein nachzuweisen sind. Die Untersuchungen zeigen einen Prozentrang von 25 bis 86% (Mannuzza & Gittelman (1984); August et al. (1983)), wobei das Fortbestehen einzelner Kernsymptome (Unaufmerksamkeit, Impulsivität oder Hyperaktivität), bis hin zum Vollbild der Störungsproblematik nachgewiesen werden konnte. Die Diagnose des ADHD wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung in 22 bis 83% der diagnostizierten Probanden gestellt. Zu der Frage des Fortbestehens der Auffälligkeiten bis in das Erwachsenenalter hinein muss jedoch das Durchschnittsalter der einzelnen Untersuchungen berücksichtigt werden.

Bei Jugendlichen im Alter von 14 und 15 Jahren wird eine Persistenz zwischen 83 und 86% angegeben (Lambert et al. (1987), Barkley et al. (1990) und August et al. (1983)). Die Persistenz bei den Erwachsenen, also den 18 bis 25jährigen Personen, wird mit 40 bis 66% angegeben (Gittelman et al. (1985), Weiss et al. (1985) und Mannuzza et al. (1991)). Hier wird deutlich, dass die Persistenz zum Erwachsenenalter abnimmt, jedoch in dem obigen Prozentwert weiter

bestehen bleibt. Steinhausen (1995b, 227) gibt für Jugendliche einen Wert zwischen 43 und 72% an, wobei er sich auf die Untersuchungen von Lambert et al. (1987) und Barkley et al. (1990) bezieht. In der jüngsten Literatur werden für die Erwachsene ca. 30 % angegeben, bei denen das Vollbild der Störung nachweisbar ist (Frölich, 2000, 212). Die Nachweisbarkeit der Symptome bei Erwachsenen ist schwieriger als bei den Kindern. Die Erwachsenen haben zum Teil gelernt, mit einigen Verhaltensstörungen umzugehen, indem sich die Symptomatik verschiebt. Die äußere Unruhe verändert sich zur Nervosität, Unfähigkeit, sich entspannen zu können und ähnlichem Verhalten. Paul Wender (2000, 52f) hat hierzu eine detaillierte Liste von Symptomen vorgestellt, die empirisch belegt sind.

„Aus dem hyperaktiven Schüler wird eventuell der nervöse, fingertrommelnde Erwachsene, der keine Arbeit organisiert und zu Ende bringt, der Charmeur, der keine Beziehung halten kann und der Workaholic, der seine Teampartner durch ständig neue, unfertige Ideen zur Verzweiflung treibt. Dennoch können diese Menschen eine Bereicherung darstellen mit ihrer besonderen Sensibilität, ihrem ungewöhnlichen Verhalten, ihrer großen sozialen Einsatzbereitschaft und ihrem ausgeprägten Gerechtigkeitsgefühl.“ (Skrodzki 2000, 31).

Inwieweit die Heranwachsenden ihre speziellen Fähigkeiten nutzen können, hängt im wesentlichen von den jeweiligen Sozialisationsbedingungen ab. Häufig kommt zu den Symptomen des ADHD ein antisoziales Verhalten hinzu. Inwieweit die Entwicklung persistierend ist, im ICD 10 wird dieses Verhalten als Teilsymptom aufgeführt, oder ob der soziale Hintergrund, also das Wechselspiel zwischen der Kernsymptomatik und der Reaktion der Umwelt zu dem antisozialen Verhalten führt, ist fraglich.

Nauman (ebd. 96) diskutiert diese Problematik. Sie gibt an, dass ein konfundierender Einfluß zusätzlicher Verhaltensauffälligkeiten in den Untersuchungen oft nicht berücksichtigt ist. Die Untersuchung von August et al. (1983) berücksichtigte eine Kontrollgruppe, die in der Erstuntersuchungssituation Verhaltensstörungen bzw. Aggressivität aufwiesen. Die Untersuchung belegte, dass eine Aufmerksamkeitsstörung allein kein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme im Erwachsenenalter darstellte. Demgegenüber stellt Naumann die Untersuchung von Gittelman et al. (1985). Sie schlossen Kinder mit zusätzlichen Verhaltensstörungen bei ihrer Untersuchung aus. Trotzdem zeigte bei der Nachuntersuchung nach sechs bis elf Jahren eine größere Anzahl von Probanden eine weitreichende Verhaltensstörung oder antisoziale Verhaltensweisen. Nauman stellt dar, dass eine Aufmerksamkeitsstörung die Entwicklung von zusätzlichen Verhaltensstörungen begünstigt. Die Hypothese, dass eine Aufmerksamkeitsstörung mit negativen Sozialisationsbedingungen eine Entwicklung von weiteren Verhaltensstörungen begünstigt, scheint hier schlüssiger zu sein. Eine Aufmerksamkeitsstörung in Kombination mit überwiegend positiven Sozialisationsbedingungen wird nicht zwangsläufig komorbide Verhaltensstörungen begünstigen.

In der Forschung wird immer wieder belegt, dass eine antisoziale Störung im Kindesalter ein Indikator für eine spätere Kriminalität und Drogenmißbrauch sein kann. Zu den aufgezeigten Verhaltensstörungen in der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters (August et al. (1983), Mannuzza & Gittelman (1984), Gittelman et al. (1985), Lambert (1988), Barkley et al. (1990)) kann eine antisoziale Persönlichkeitsstörung hinzukommen (Weiss et al. (1985), Hechtman & Weiss (1984), Moffitt (1990), Manuzza et al. (1991)). Die Untersuchungen belegen durchschnittlich bei 26% die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Weiterhin scheint in der Persistenz der Problematik ein Zusammenhang zwischen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und einer späteren Delinquenz zu bestehen. Die höchste Delinquenzrate stellte Satterfield et al.(1982) fest. Die Probanden waren zwischen 36 und 58% mindestens ein Mal verhaftet worden. Eine Abhängigkeit zur sozialen Schichtung wurde belegt.

Demgegenüber stellten Hechman et al. (1984) und Hechman & Weiss (1986) keine wesentliche Delinquenz fest. Naumann resümiert:

„Hingegen könnten soziokulturelle Unterschiede infolge der geographischen Herkunft der Probanden (Montreal, New York, Los Angeles) die Ergebnissdifferenzen eher erklären. Da die Entwicklung des delinquenten Verhaltens jeweils mit unauffälligen Kindern verglichen wird, kann von einer differentiellen Wirkung negativer Umgebungs- einflüsse auf hyperaktive Kinder und unauffällige Kinder ausgegangen werden.“ (ebd. 97)

In der Untersuchung von Mannuzza et al. (1989) zeigen die Autoren, dass es einen Zusammenhang zwischen der Ausbildung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und der späteren Entwicklung eines delinquenten Verhalten gibt.

## **1.6. Komorbide Störungen**

Ein relativ hoher Prozentsatz der Kinder, die eine ADHS-Störung zeigen, entwickeln in der weiteren Folge komorbide Störungen. Diese begleitenden Störbilder können zu zusätzlichen Risikofaktoren für die weitere Entwicklung des Kindes werden. Döpfner et al. (2000, 7) gehen davon auf, dass zwei Drittel aller Kinder mit einer hyperkinetischen Störung komorbide Auffälligkeiten zeigen.

Wie in Kapitel 1.3. dargestellt treten neben der Kernsymptomatik im hohen Maße Verhaltensstörungen mit aggressiven und antisozialen Symptomen auf. Nach

Döpfner ist dies nachgewiesen in 43 bis 93% (vgl. Kap. 1.3.). Mit 13 bis 51% werden internale Auffälligkeiten verbunden mit Angst und Depressivität belegt.

Döpfner führt die Untersuchungen von Jensen et al.(1993 und 1997); Piacentini et al. (1993), Schwab-Stone et al.(1993) an.

Weitere belegte komorbide Störungen sind Lernstörungen, wie z. B. Dyskalkulie und Lese-Rechtschreibschwäche (LRS), Teilleistungsstörungen und Tics.

In der Häufigkeitsverteilung legt Döpfner et al. (ebd. 7) folgende Verteilung vor:

- 50% oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens
- 30 – 50% Störungen des Sozialverhaltens (ohne oppositionelle Verhaltensstörung)
- 10 – 40% affektive, vor allem depressive Störungen
- 20 – 25% Angststörungen
- 10 – 25% Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
- bis 30% Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom

Die Entwicklung von komorbiden Störungen wurde in Kapitel 1 angesprochen.

Nach der Definition des ICD-10 bzw. DSM V müssen sich die Symptome bereits vor dem 6. Lebensjahr zeigen. Dies bedeutet, dass ein wesentlicher Teil der Kinder sich bereits im Kindergartenalter häufig in Konfliktsituationen behaupten müssen. In der Auseinandersetzung mit den Eltern, Geschwistern, Erzieherinnen und Kindern erfährt das Kind immer wieder in Konfliktsituationen Ablehnung und Selbstbehauptungsversuche. Diese Problematik setzt sich, wie dargestellt, in der Grundschule fort. Die zunehmende Stigmatisierung und der verzweifelte Versuch vieler Kinder anerkannt zu werden ist der ideale Nährboden für die Ausbildung von komorbiden Störungen oder sogenannten Sekundärproblematiken.

Oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens, Störungen des Sozialverhaltens ohne oppositionelles Verhalten oder depressive Störungen, Angst und Rückzugsverhalten verwundern als Reaktion auf eine als Bedrohung erlebte Umwelt nicht. Diese Negativspirale, indem das Kind zunehmend erfährt „nicht in Ordnung zu sein“ kann ebenso zu Lernstörungen und zeitweise auftretenden Teilleistungsschwächen führen.

## 1.7. Differenzialdiagnostik

Leider ist es in der Diagnose eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms Praxis, wenig kritisch zu arbeiten. Wenn in einem Explorationsgespräch die Eltern typische ADHS-Symptome bestätigen und ein etwaiger Leidensdruck hinzukommt, ist die Diagnose ADHS gestellt. Einige wenige Kinderärzte setzen einen standardisierten Eltern- und/oder Lehrerfragebogen ein.

Werden die Leitlinien des DSM-IV bzw. des ICD 10 zugrunde gelegt, so muss belegt werden, dass die Verhaltensauffälligkeiten mindestens seit sechs Monaten beobachtet werden konnten und vor dem sechsten Lebensjahr begonnen haben. Weiterhin ist der Ausschluß von anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, wie Schizophrenie oder andere psychotische Störungen sicherzustellen. In der Differenzialdiagnostik scheint das DSM-IV genauere Vorgaben zu geben, indem es fordert, dass die im Explorationsgespräch genannten Symptome nicht durch andere psychische Störungen besser beschrieben werden können!

Weitere wichtige Abgrenzungen in der Differenzialdiagnostik sind Kinder, die oppositionelles Verhalten zeigen. Diese Verhaltensstörungen entstehen nicht nur durch die Situationen des ADHS - Kindes, sondern können ganz allgemein durch andere Bedingungen entstehen, durch die die Kinder zunehmend Widerstand leisten gegen häusliche Arbeiten oder schulische Aufgaben, sowie Regeln und Verhaltenserwartungen. Döpfner et al. (2000,7) stellt hierzu fest:

„In einer Vielzahl empirischer Studien konnte jedoch belegt werden, daß in diesen Diagnosegruppen tatsächlich voneinander differenzierbare Verhaltensmuster zu finden sind. Faktorenanalysen bestätigen meist, daß sich ein Hyperaktivitätsfaktor von einem Aggressionsfaktor abgrenzen läßt.“

Weiterhin hat sich in der Praxis gezeigt, dass Kinder, die andere körperliche Beschwerden haben, wie z. B. Sehstörungen, Hörstörungen, epileptische Anfälle, Folgen eines Schädelhirntraumas, oder mangelnder Schlaf (vgl. ebd.) ähnliche Symptome zeigen können. Auch hier kann es zu Konzentrationsstörungen und allgemeiner Unruhe kommen.

Döpfner weist in diesem Zusammenhang auch auf Folgeerscheinungen von Nebenwirkungen bei Einnahme von bestimmten Medikamenten hin.

Insgesamt kann also geschlossen werden, und dies kann nicht oft genug betont werden, dass bei der Diagnostik eines ADHS sehr sorgfältig vorgegangen werden muss.

Der Autor hat in seiner Praxis immer wieder beobachtet, dass die Diagnose des ADHS sehr schnell und zunehmend häufiger gestellt wird. Diese Diagnose zieht oft eine

medikamentöse oder teilweise auch eine verhaltenstherapeutische Behandlung nach sich, die in mehreren Fällen bei einer genaueren differenzialdiagnostischen Analyse eine andere effizientere therapeutische Indikation verlangt hätte.

Neben der gesicherten Diagnose des ADHS können zusätzliche Risikofaktoren durch andere körperliche oder psychische Probleme die Situation des Kindes verschärfen und zusätzliche therapeutische Interventionen fordern. Auf Grund der aufgezeigten Faktoren ist eine saubere Differenzialdiagnostik unabdingbar, wenn eine genaue Diagnose gestellt werden soll.



## **2. Ursachenhypothesen**

### **2.1. Einleitung**

Wie in Kapitel II 1.2. dargestellt, konnte das Phänomen des ADHS schon im 17. Jahrhundert beschrieben werden. In der historischen Betrachtung gehen viele Autoren der Vermutung nach, dass im Mittelalter viele Schausteller, Gaukler, aber auch Pioniere und Eroberer neuer Welten, wie auch bekannte Persönlichkeiten, so z. B. Kaiser Wilhelm II, Mozart oder auch Churchill unter ADHS litten (vgl. hierzu Skrodzki/Mertens (Hrsg.) 2000, 8).

Durch ihre Umtriebigkeit, überschießende Impulsivität, Störung der Selbstkontrolle und mangelnde Steuerung der Aufmerksamkeit war für die Menschen in der Umgebung betroffener Personen sicherlich das Leben nicht gerade leicht. Häufig konnte dieses Verhalten andere Menschen zur Verzweiflung bringen.

Diese Problematik weckte schon sehr früh insbesondere bei den Pädagogen und schließlich bei den Medizinern und Psychologen ein Forschungsinteresse. Die Frage nach der oder den Ursachen dieser Verhaltensstörung wurde gestellt. Das wissenschaftliche Forschungsinteresse war geweckt. Aktuelle Ursachenhypothesen aus der Biologie, der Psychologie und der Pädagogik, die als Erklärungsmuster gültig sind, werden in diesem Kapitel dargestellt.

### **2.2. Biologische Ursachen**

#### **2.2.1. Einleitung**

Die somatische Sichtweise sieht den Menschen als ein biologisches, offenes und komplexes System, das sich wiederum aus biologischen Subsystemen zusammensetzt, die optimal miteinander vernetzt sein sollen, damit das Gesamtsystem Mensch entsprechend den ökologischen Nischen, in der der Mensch sich befindet, funktioniert. Fallen Teilbereiche aus oder sind sie beschädigt, hat dies Auswirkungen auf das Gesamtsystem Mensch. Da der Mensch, wie alles Lebende, sich unwiederbringlich auf der Zeitachse in die Zukunft befindet, versucht das biologische System Mensch etwaige Defizite auszugleichen. Somit können „benachbarte“ Subsysteme ihr Verhalten ändern.

In der somatischen Diagnostik geht es um das Erkennen primärer und sekundärer Ursachen. Entsprechend dieser Erkenntnis und der Sichtweise des Menschen kann ein Therapieplan entwickelt werden. Welches jedoch die primären und welches die sekundären Ursachen der ADHS-Problematik sind, ist nicht immer eindeutig in der bisherigen Forschung belegt worden. In der biologischen Forschung scheint diese Differenzierung deutlicher und klarer zu sein. Hier wird das Problem des ADHS seit mehreren Jahrzehnten diskutiert.

In der Ursachenforschung haben sich bis heute vier Theorien herauskristallisiert:

1. Transmittertheorie
2. Hirnfunktionsstörungen
3. Genetische Dispositionen
4. Allergien, insbesondere eine Nahrungsmittelunverträglichkeit

Eine Hirnfunktionsstörung als Ursache des ADHS wird seit vielen Jahren als Ursache diskutiert. Der Begriff: „Minimale Cerebrale Disfunktion“ (MCD) wurde in der USA geprägt. Im Jahr 1977 diskutierte Berger erstmalig in Deutschland diese Theorie. Sie geht von einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung aus. Diese Schädigung, so wurde vermutet, könnte auch pränatal, durch Medikamente, Alkohol und andere Suchtstoffe, Gewalteinwirkung u. ä. Faktoren bedingt worden sein.

Der Autor hat in seiner langjährigen Praxis mit hyperaktiven Kindern in der Anamnese überzufällig häufig bei dieser Auffälligkeit kindlichen Verhaltens eine problematische Schwangerschaft beobachtet. Weiterhin konnte er während der perinatalen Phase häufig Geburtskomplikationen feststellen, so dass Sauerstoffmangel mit niedrigen APGAR-Werten belegt werden konnte.

Diese und andere möglichen Ursachen wurden bis in die 90er Jahre hinein diskutiert. In der Folge wurde häufig auch bei ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten eine MCD vermutet, so dass der Begriff zum Sammelbecken sehr unterschiedlicher Auffälligkeiten führte. Heute wird dieser Begriff kaum noch verwandt, da er die Unschärfe der Auffälligkeitsbeschreibung deutlich macht. Wie schon beschrieben (vgl. Kap. II.1.2.) wurde der Begriff MCD in diesem Zusammenhang durch den Begriff Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) ersetzt. Die Theorien der prä- und perinatalen Schädigung des Gehirns werden zur Zeit weiterhin diskutiert (vgl. Kap. II.2.2.4.).

Für eine genetische Disposition sind ebenfalls einige erhärtende Faktoren beobachtet worden. So zeigt Schulz (1990a, 178) auf, dass unter den biologischen Eltern hyperaktiver Kinder gehäuft hyperaktive Tendenzen gefunden wurden. Auch diese These kann der Autor durch seine eigenen Forschungen belegen. Minde (1985) bestätigt diese These. Auch in der Zwillingsforschung konnte bei eineiigen Zwillingen im Gegensatz zu zweieiigen eine außergewöhnlich hohe Konkordanz festgestellt werden (vgl. Kap. II.2.2.5.).

### **2.2.2. Exkurs: Aufbau des Gehirns**

In der These der neurobiochemischen Begründung, die wissenschaftlich als relativ gesichert gilt, wird eine Dysregulation im Neurotransmittersystem vermutet.

Zum besseren Verständnis sei an dieser Stelle auf die neurologischen Zusammenhänge hingewiesen:

Bekanntermaßen kann der Mensch durch drei Nervensysteme Informationen aufnehmen und verarbeiten. Das vegetative Nervensystem ist dadurch gekennzeichnet, dass es vorwiegend Reize aus dem inneren System des Körpers aufnehmen kann. Vom vegetativen Nervensystem unterscheidet sich das periphere Nervensystem, das Reize bzw. Informationen von außen über die Sinnesorgane weiterleitet. Verbunden sind beide Nervensysteme mit dem Zentralen Nervensystem, also dem Gehirn und dem Rückenmark. Letzteres leitet nicht nur Informationen weiter, sondern kann beispielsweise Reflexe direkt steuern.

Im Gehirn werden alle ankommenden Informationen verglichen, verarbeitet und schlussfolgerndes Handeln entschieden.

Das Gehirn ist aus unterschiedlichen Teilen zusammengesetzt. Der älteste Teil des Gehirns ist der Hirnstamm. Dieser Teil wird auch als das Reptiliengehirn bezeichnet, da seine Entwicklung etwa 500 Millionen Jahre zurückliegt und im wesentlichen Reflexe (Kauen, Schlucken, Erbrechen, Husten, Atmung, Kreislauf, Blutdruck u.ä.) steuert. Der Hirnstamm reagiert auf ankommende Informationen wie eine „Klingel“ an das Großhirn, an das die Information, genauer Erregung, weitergeleitet wird.

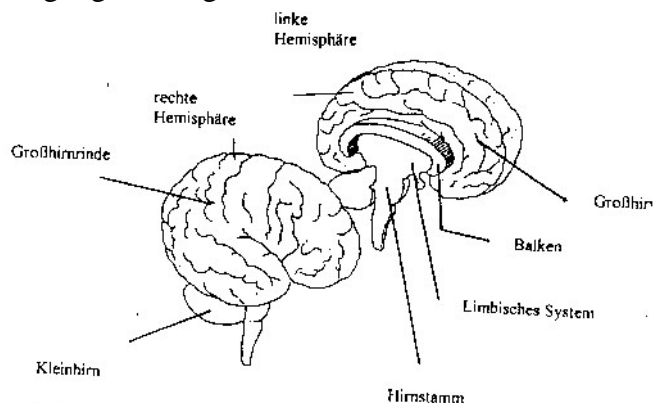


Abb. 1

aus: Ornstein, R., Thompson, R.F. 1986, 42

Das Kleinhirn ist im Wesentlichen zuständig für das Gleichgewicht, Stellung des Körpers im Raum u. ä.. Es arbeitet mit dem motorischen Zentrum zusammen.

Das Limbische System sitzt direkt oberhalb des Hirnstammes. Seine Entwicklung wird vor etwa 200-300 Millionen Jahren vermutet. Ein Teil des Limbischen Systems ist die höchste Stufe des tierischen Systems. Bei Reptilien und Säugern ist dieser Bereich für den Geruch zuständig. Bei Menschen spielt das Limbische System eine Schlüsselrolle bei der Speicherung von Erinnerungen von Lebenserfahrungen. In seiner Ganzheit wird dieser Teil des Gehirns auch als das Säugetierhirn bezeichnet.

Neben der Funktion der Speicherung von Erinnerungen ist das Limbische System für die vier Grundfunktionen des Überlebens zuständig:

Ernährung – Kampf – Flucht – Fortpflanzung

Auffällig im Limbischen System ist ein etwa erbsengroßes rundes Gebilde: der Hypothalamus. Er wiegt nur vier Gramm und gehört zu den kompliziertesten und erstaunlichsten Teilen des Gehirns. Der Hypothalamus steuert im wesentlichen Essen, Trinken, Schlafen, Wachen, Körpertemperatur, Pulzfrequenz, Hormone, Sexualität und schließlich unsere Gefühle, die wiederum unser Verhalten steuern.

Demgegenüber steht der Thalamus, der nicht zum Limbischen System gehört. Hier münden alle Nervenfasen des peripheren Nervensystems, die mit unseren Sinnesorganen

verbunden sind. Der Thalamus verteilt und leitet ankommende Informationen an die Großhirnrinde. In der neurologischen Forschung wird vermutet, dass Drogen und Psychopharmaka direkt auf den Thalamus wirken. Somit könnte der Thalamus die somatische Wirkungsweise eines Methylphenidats steuern.

Der größte Teil des Gehirns ist der Kortex, das Großhirn. Der Kortex ist im Laufe der menschlichen Entwicklung, parallel der pränatalen Hirnreifung, zunehmend gefaltet worden. Der Grund für die weitere zunehmende Faltung des jüngeren Teils der Kortex sind die zunehmenden komplexeren Aufgaben, die der moderne Mensch lösen muss. Durch die zunehmende Faltung ermöglicht das Gehirn eine weiter differenzierende menschliche Entwicklung. Von dem Kortex, er ist etwa drei Millimeter dick, ist etwa 33% sichtbar. Der Rest der Oberfläche, also etwa 66%, wird von den Falten verdeckt. Über die Arbeitsweise der Kortex ist relativ wenig bekannt. Hier werden das Denken, Lernen, Erinnerungen abgerufen, beurteilt und gesteuert. Der Kortex analysiert neue Informationen, vergleicht sie mit gespeicherten Informationen aus früheren Erfahrungen und gibt Anweisung an die entsprechenden Drüsen und Muskeln.

Das Großhirn ist aufgeteilt in zwei Hemisphären, zwei Teile, die mit dem Balken, der größten Nervenphaserbahn des Gehirns, verbunden sind. Bei grober Betrachtung sind beide Hemisphären identisch. Sie sind u.a. zuständig für die jeweiligen gegenüberliegenden Körperhälften. Durch die zunehmende Spezialisierung des Menschen haben die einzelnen Hemisphären differenziertere Aufgaben übernommen. So ist die linke Hemisphäre für das Sprachzentrum, Abstraktionsfähigkeit, Individualbewußtsein, Schreiben, Rechnen u.ä. zuständig. Demgegenüber ist die rechte Hemisphäre für das räumliche und ganzheitliche Wahrnehmen zuständig.

Wie in Abbildung 1 erkennbar, kann in den vier Bereichen, in denen jede Hemisphäre untergliedert ist ein sensorisches Zentrum lokalisiert werden. Hier werden alle sensorischen Informationen verarbeitet. Schließlich ist das motorische Zentrum zu erkennen. Es ist für die Motorik, also das motorische Verhalten, zuständig.

Wie eingangs erwähnt, werden in den einzelnen Nervensystemen Erregungen bzw. Informationen durch Nervenzellen weitergeleitet. Allein das menschliche Gehirn, so wird geschätzt, besteht aus über 100 Milliarden Nervenzellen, den Neuronen. Die Neuronen sind, wie es die Neurophysiologie zeigt, nicht direkt miteinander verbunden(s. Abb.2). Die Dendriten (gr. Baum) nehmen Informationen von anderen Neuronen auf. Diese werden über das Axon (gr.: Achse) weiter an die synaptischen Endknöpfchen geleitet. Diese synaptischen Endknöpfchen sind die Verbindungspunkte der Zelle zu der folgenden Zelle, genauer zum Dendrit des folgenden Neuronen oder einer Zelle.

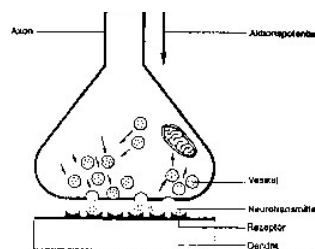


Abb. 2

aus: Ornstein, R., Thompson, R.F. 1986, 79

Für die Übertragung von Informationen im synaptischen Spalt werden Neurotransmitter freigesetzt. Ein Transmitter ist eine flüssige Übertragungssubstanz. Die Übertragung von Informationen wird durch zwei Formen erreicht. Eintreffende Informationen werden über die Dendriten aufgenommen und zu den Synapsen weitergeleitet. Der Nervenimpuls, auch Aktionspotential genannt, pflanzt sich entlang des Axons fort. Es kann sich in unterschiedliche Geschwindigkeiten fortsetzen. Die Geschwindigkeit liegt zwischen ein- und zweihundert Stundenkilometer (vgl. Ornstein und Thompson 1986, 79).

Das Aktionspotential erlischt an der Synapse. Die weiteren Übertragungen können gestuft vollzogen werden. Das Ausmaß der synaptischen Wirkung hängt von vielen Faktoren ab. Ein wichtiger Faktor ist die Anzahl der Neurotransmitter. Eine zu geringe Anzahl dieser Neurotransmitter am synaptischen Spalt (Neurotransmitterthese) wird heute als die wichtigste Ursache der ADHS-Problematik angesehen.

### **2.2.3. Transmittertheorie**

In den 30er Jahren arbeitete der leitende Arzt des Emma Pendleton-Bradley-Hospital in Riverside in Rhode Island, Charls Bradley mit hyperaktiven Kindern. Bei diesen Kindern zeigten sich nach Trott (1998) kaum Fortschritte durch pädagogische Interventionen. Auf der Suche nach geeigneten medikamentösen Mitteln fand Charls Bradley die Substanz Benzedrin. Benzedrin zeigte bei den meisten Kindern deutliche Verhaltensänderungen. Die Wirkung setzte sehr schnell ein. Die Kinder fanden verstärktes Interesse am Unterricht und hatten eine verbesserte Auffassung und Sorgfalt (ebd. 34). Die Wirkung ließ nach dem Absetzen der Substanz deutlich nach. Seit seiner Publikation (Bradley 1937) wurden viele Studien über den Einsatz von Pharmakotherapien veröffentlicht.

Wie in Kapitel II. 2.2.2. dargestellt, wird medizinisch unter anderem die Neurotransmitterthese (Überträgerstoffe im Nervensystem) als eine mögliche Ursache bei der Entstehung des ADHS angesehen. Die Stimulanzien, die heute in der medizinischen ADHS-Therapie verschrieben werden, haben eine ähnliche chemische Struktur wie die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin (vgl. Trott u.a.).

Die Stimulanzien, insbesondere Methylphenidat und Amphetamin, bewirken:

„daß diese Neurotransmitter vermehrt im synaptischen Spalt anfluten und mit postsynaptischen Rezeptoren und präsynaptischen Autorezeptoren integrieren können. Zusätzlich bewirken Amphetamine in dosis-abhängiger Weise eine Blockade der Wiederaufnahme von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin in den Nervenenden.“ (Schulz 1990a, 180).

Somit kann die Gabe dieser Stimulanzien eine Vermehrung der Neurotransmitter am synaptischen Spalt bewirken.

Die genaue Wirkungsweise ist nach Trott trotz intensiver Forschung bis heute nicht vollständig geklärt.

Durch die Erhöhung der Neurotransmitteranzahl wird die Übertragung an den Synapsen verbessert, sodass das Gehirn Informationen besser verarbeiten kann. Eine genaue Beschreibung der Vorgänge findet sich bei Trott (2000,108f.).

Bei der Transmitterthese gibt es bei den einschlägigen Untersuchungen unterschiedliche Ergebnisse. Döpfner et al.(1996,10) kommt zu dem Schluss, dass möglicherweise nicht allein das Neurotransmitter-System gestört ist, sondern eher "eine Imbalance mehrer Systeme" zu vermuten ist.

Trott (2000,112) bestätigt die Transmitterhypothese, indem er feststellt:

„Nach dem derzeitigen Wissensstand ist davon auszugehen, dass das hyperkinetische Syndrom eine komplexe Dysregulation von Neurotransmittern zugrunde liegt, die besonders das limbische System und Frontallappen betreffen und eine inadäquate Reizverarbeitung bedingt“.

Ein Zusammenhang zwischen der Wirkungsweise des Methylphenidat ist in mehreren Untersuchungen zwar nicht endgültig bewiesen, aber er ist nach den Untersuchungsergebnissen belegt. Die guten Befunde bei der Medikamentierung sprechen für den aufgezeigten Zusammenhang.

#### **2.2.4. Hirnfunktionsstörungen**

Seit langer Zeit wurde angenommen, dass eine ADHS-Problematik im Zusammenhang mit einer Störung der Hirnfunktion steht (vgl. Kap. II. 2.2.1.). Diese Störung wurde auf eine minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) der Gehirntätigkeit zurückgeführt.

Als Ursachen wurden prä- peri- und postnatale Komplikationen vermutet, die z. Bsp. durch eine Sauerstoffunterversorgung des Gehirns Schädigungen in bestimmten Hirnregionen ausgelöst sein .

Weitere Ursachen wurden durch zentralnervöse Infektionen während der Schwangerschaft, Schädelhirntraumen oder Verletzungen vermutet (vgl. Döpfner et al. 2000/11). Bisher konnte ein Zusammenhang zwischen der genannten Ursache und der ADHS Problematik nicht bewiesen werden.

Der Autor hat jedoch bei der Anamnese seiner von ihm behandelten ADHS-Kindern überzufällig häufig prä-, peri- und postnatale Komplikationen festgestellt, die eine zumindest kurzfristige Sauerstoffunterversorgung des Gehirns vermuten lassen (vgl. Kap. V.7,8).

Trott vermutet, dass prä.- peri- und postnatale Traumen möglicherweise Co-Faktoren sein könnten. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass sich einige Studien mit der These der toxischen Gefährdung und der Auslösung von ADHS-Symptomen auseinandergesetzt haben. Einige Untersuchungen belegen einen Zusammenhang bei übermäßigem Drogenkonsum, wie Nikotin und Alkohol. Weiterhin konnte ein Zusammenhang zwischen der ADHS-Problematik und einem erhöhten Bleigehalt im Körper in einigen Studien belegt werden (vgl. Döpfner 2000/12).

### **2.2.5. Genetische Faktoren**

Der Zusammenhang zwischen einer genetischen Disposition und dem Syndrom wird schon seit längerem vermutet. Insbesondere die Zwillingsforschung deutet daraufhin. Döpfner zeigt auf, dass bei eineiigen Zwillingen eine Konkordanzrate von 81% nachzuweisen ist. Bei zweieiigen Zwillingen konnte eine Rate von 29% belegt werden (Edelbrock et al. 1995, Gillis et al. 1992, Heckman 1994 und Krause et al. 1998).

Döpfner zeigt weiter auf, dass in Familienuntersuchungen zwischen 10 – 35% der nächste Familienangehörige das Störbild zeigte (Biederman et al. 1992). Einen direkten genetischen Zusammenhang konnte Biedermann et al. (1995) in 57% der untersuchten Fälle nachweisen.

Krowatschek (1996/24) bestätigt diese Ergebnisse und fügt hinzu, dass Faktoren für eine genetische Disposition sprechen, da

- „ 1. aus der Anamnese dieser Kinder deutlich wird, daß unter Verwandten und Eltern - im Vergleich zu Verwandten und Eltern von nicht überaktiven Kinder – signifikant mehr überaktive Menschen zu finden sind,
2. insgesamt mehr Jungen als Mädchen als überaktiv einzustufen sind
3. Studien über die Häufigkeit von überaktivem Verhalten bei Zwillingen gezeigt haben, daß – wenn einer der beiden Zwillinge überaktiv ist – der andere Zwilling ebenfalls überaktiv ist, bei eineiigen Zwillingen größer als bei zweieiigen ist.“

Die vorliegenden Ergebnisse belegen noch keinen endgültigen Beweis für einen Zusammenhang. Jedoch liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass genetische Dispositionen zumindest mitverantwortlich für den Ausbruch eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms seien.

### 2.2.6. Allergische Dispositionen

Spätestens seit den 70iger Jahren wird ein Zusammenhang zwischen hyperkinetischem Verhalten und allergischen Reaktionen vermutet. Die ersten bekannten Ansätze sind bereits bei Shannon (1922) , Randoph (1947) und Speer (1954) dargestellt. Seither werden beide Auffälligkeitsbilder, die hirnorganischen und die allergenen, in der Öffentlichkeit häufig diskutiert. Trotz intensiver Forschung kommt es auch in Fachkreisen immer wieder zu Fehleinschätzungen und Fehldiagnosen.

Festzustellen ist, dass Allergien im Kindesalter als die häufigste somatische Störung bezeichnet werden können. Ihre Prävalenz in Mitteleuropa liegt etwa zwischen 15-25%. Sie ist jedoch abhängig von den jeweiligen Einzugsgebieten. Blank (1995, 102) geht davon aus, dass etwa 6-8% der Kinder unter lebensmittelallergischen Reaktionen leiden.

Blank weist darauf hin, dass die Prävalenz altersabhängig ist und mit der Pubertät abnimmt. Beispiele bekannter Lebensmittel, die, je nach Häufigkeit allergische Reaktionen hervorrufen, sind:

Kuhmilch, Hühnerei, Nüsse, Getreide, Fisch, Obst, Rind- und Schweinefleisch sowie verschiedene Gemüsearten.

Die genannten Lebensmittel gehören zu den wichtigsten Grundnahrungsmitteln. Bei einer entsprechenden Ausschluss therapie liegt die Gefahr einer Fehlernährung nahe.

Neben den Allergien als häufigste somatische Störung wird die hyperkinetische Störung als häufigste psychische Störung genannt. Ihre Prävalenz liegt etwa bei 4-10%, je nach diagnostischen Kriterien. Andere Autoren nennen eine Streuung bis zu 30%.

Ein Urteil darüber, ob tatsächlich ein möglicher Zusammenhang, eine Koinzidenz, vorliegt, setzt das Verständnis über Ursachen, Ablauf und Wirkungsweise allergischer Reaktionen voraus.

Trifft ein Fremdkörper unser Immunsystem, wie z. Bsp. ein Grippevirus, so reagiert unser Immunsystem durch Antikörper. Diese Reaktionen sind von außen, also körperlich nicht beobachtbar. Anders ist es bei Allergien. Sie lösen erkennbare, im allgemeinen entzündliche Symptome aus.

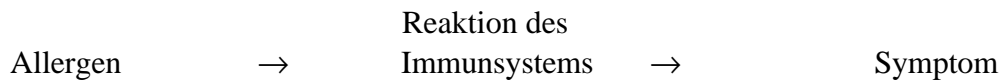
Der Mensch kann über drei Wege mit einer Fremdschubstanz in Kontakt kommen:

1. Die erste Möglichkeit ist die Inhalation. Das Einatmen von Pollen kann allergische Reaktionen hervorrufen.
2. Die zweite Möglichkeit ist der Hautkontakt. Diese Sensibilität des Körpers wird auch bei Allergien genutzt.
3. Der dritte Weg der Kontaktaufnahme mit dem Allergen ist die Aufnahme durch die Nahrung.



Eine allergische Reaktion des Körpers ist eine Immunreaktion. Der Reaktionsweg bei Immunreaktionen ist immer der gleiche:

Eine Fremdschubstanz greift das Immunsystem über Inhalation, Hautkontakt oder Nahrungsmittel an. Das Immunsystem reagiert und bildet Antikörper aus. Die Antikörper vernichten den Fremdkörper. Wie oben dargestellt, läuft dieser Prozess nicht sichtbar ab. Anders reagiert der Körper bei einer allergischen Reaktion.



Wieder dringt die Fremdschubstanz, hier das Allergen, in den Körper ein. Wieder reagiert das Immunsystem. Die Symptome sind deutlich sichtbar oder spürbar. Es kann zu leichten Hautrötungen bis hin zur schweren Neurodermitis führen. Eine mögliche Ursache der Neurodermitis soll nach der Theorie eine allergische Reaktion sein. Weitere typische Reaktionen sind eine leicht Magen- Darmverstimmung bis hin zu einer schweren Gastritis. Eine weitere, häufig beobachtete Reaktion des Körpers ist auch ein Befall der oberen Luftwege bis hin zu Erstickungsängsten.

Bei der Analyse gibt es bisher, wie auch bei der ADHS-Problematik, keine vollständig gesicherten Ursachenerklärungen.

Eine immunologische Erklärung für dieses Verhalten ist erstens eine direkte Reaktion zwischen den Zellen. Eine zweite These sind Reaktionen an den Nervenenden, den Synapsen. Durch eine Erregung der Nervenbahnen werden vermehrt Neurotransmitter ausgeschüttet. Schließlich ist eine dritte Begründung bekannt. Das beschriebene Verhalten ist eine Abwehrreaktion des Körpers, durch die der Organismus lösliche Mittlersubstanzen (Vorläufermoleküle), genannt Mediatoren, ausbildet. Diese Mediatoren rufen Reaktionen in der Zelle, dem Gewebe und Organen hervor. Eine letzte bekannte Möglichkeit Allergien auszulösen sind Viren und Bakterien. Auch diese, wie auch psychischer Stress, der die Reaktionsfähigkeit des Immunsystems herabsetzen kann, sollen Mediatoren auslösen. Blank (103) bemerkt hierzu, dass auch Psychoallergene diese Wirkungen auslösen können. Oben genannte Allergene sind natürliche Stoffe wie Tierhaare, Gräserpollen, Hausstaub u.ä.. Pseudoallergene sind eher chemisch begründet. Bekannte Stoffe sind Umweltgift, Nahrungsmittelzusätze und bestimmte Medikamente. Blank (103) stellt fest, dass es somit zu einer Wechselwirkung zwischen der immunologischen und psychopathologischen Forschung kommen kann.

Ist diese Wechselwirkung gegeben, so kann ein Zusammenhang zwischen Allergien, insbesondere Lebensmittelallergien und hyperaktiven Verhalten vermutet werden.

Blank stellt hier drei theoretische Möglichkeiten vor.

„1. Eine unklare, somatisch verankerte Primärstörung (z. B. biochemische Stoffwechselstörung mit Störung der Hirnfunktion) führt gleichzeitig zu einer vermehrter Vulnerabilität für atopische Symptome und hyperaktive Störungen. Damit würden Allergieauslöser selbst nur mit geringer Wahrscheinlichkeit auch hyperkinetische Störungen hervorrufen können. Die Koinzidenz von Atopie und Hyperaktivität wäre aber hoch.

2. Die pathogenetische Endstrecke der atopischen Störung umfaßt nicht nur die Organe Haut, Lunge und Darm, sondern auch das Gehirn selbst. Hyperaktivität wäre somit die Folge einer „atopischen Reaktion“ des Gehirns. In diesem Fall müßten Allergieauslöser mit hoher Wahrscheinlichkeit auch hyperkinetische Störungen hervorrufen können. Die Koinzidenz von Atopie und Hyperaktivität könnte je nach Häufigkeit der gestörten Endstrecke niedrig oder hoch sein. Bei Kindern mit multiplen Manifestationsorganen wäre eine Beteiligung des Gehirns und damit psychische Störungen wahrscheinlicher.

3. Die atopische Störung führt psychoreaktiv durch ihre quälende Symptomatik zu hyperaktiven Verhaltensweisen. Dabei müßte die Korrelation gelten: je quälender die Symptomatik (z. B. der Ausdehnungsgrad einer Neurodermitis), um so häufiger und schwerer sind hyperaktive Verhaltensweisen. Nicht die Art des Allergieauslösers, sondern die Art des atopischen Symptoms müßte hier der bestimmende Faktor für die Auslösung von bestimmten Verhaltensstörungen sein.“ (Blank 1995,105)

In der Forschung zur Ursachenhypothese des ADHS wird heute jedoch nur in Einzelfällen ein Zusammenhang zwischen einer allergenen Disposition und der Entwicklung des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms vermutet.

## 2. 3. Psychologische Modelle

Neben der Biologie beschäftigt sich die Psychologie mit der Problematik des ADHS.

Als Kernproblem wird eine Störung der Selbstregulation des Menschen angesehen. Es wird vermutet, dass das ADHS - Kind in Teilbereichen nicht mehr in der Lage ist, adäquat auf Reize und Impulse zu reagieren.

Douglas (1980) entwickelte ein Modell zum Problem der Selbstregulation. Er ging davon aus, dass es dem Kind nicht gelingt sich auf physiologischer, der kognitiven und der Verhaltens-ebene der gegebenen Situation anzupassen.

Dieses Modell wurde unter anderem von Barkley (1989) kritisiert. Er gab zu, dass ADHS-Kinder, die Symptome insbesondere in Beschäftigungs- und Leistungssituationen zeigten, in Situationen des freien Spiels jedoch häufig als nicht auffällig bezeichnen werden konnten.

Er zeigte auf, dass die Störung der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle in Situationen nicht beobachtet wurden, wenn die Aufmerksamkeitsleistung bei Routinetätigkeiten regelmäßig verstärkt wurde, die Kinder ihr Arbeitstempo selbst bestimmen konnten und wenn die Aufgabenstellung häufig wiederholt wurde (vgl. Döpfner, Schürmann, Frölich, 1998<sup>2</sup>, 12).

Barkley schloss daraus für einen therapeutischen Ansatz, dass diese Verhaltensstörung stark kontrolliert werden und das erwünschte Verhalten verstärkt werden müsste.

Er leitete hieraus ab, dass nicht, wie angenommen, kognitive und Verhaltensdefizite vorliegen, sondern das Problem in der Beziehung zu Umweltereignissen und den Reaktionen darauf vorliegen.

„Basale Störungen bestehen in einer verminderten Verhaltenskontrolle durch diskriminierende Reize und Regeln (z. B. Anweisungen, Testinstruktionen), die vor allem bei verzögerter, partieller oder minimaler Verstärkung des Verhaltens auftreten.“ (ebd. 12)

Er forderte, dass die unscharfen Begriffe der Aufmerksamkeit und Impulsivität durch ein Modell der verminderten Reizkontrolle ersetzt werden sollten.

Ein anderer interessanter Ansatz ist das biopsychologische Konstrukt von Roth, Schlottke und Heine (1996). Es beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Aufmerksamkeit und der Fähigkeit der Informationsverarbeitung. Sie gehen davon aus, dass es die Aufmerksamkeit an sich nicht gibt, sondern dass sie eine Wechselwirkung zwischen den unterschiedlichen Prozessen bei der Informationsverarbeitung darstellt.

Grundsätzlich besitzt das Hirn des Mensch die Fähigkeit bestimmte Signale zu bevorzugen, sich ihnen aufmerksam zuzuwenden und dabei unwichtig erscheinende Signale zu unterdrücken. Wichtiger Aspekten in diesem Prozess ist die Selektivität: Wie durch einen Filter trifft das Hirn eine Auswahl von Reizen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Begrenzung der Verarbeitungskapazität, und schließlich die "Alertnesse", also "Wachheit". Alertnesse beschreibt die Aktivierung des Organismus als Grundvoraussetzung der Aufmerksamkeit. Die Autoren gehen davon aus, dass bei ADHS-Kindern eine Filtrierung der Reize nicht oder zumindest unzureichend möglich ist. So werden alle ankommenden Reize mit der gleichen Intensität verarbeitet. Dies deutet auf das häufig "reizgetriebene" Verhalten der Kinder hin.

Bei der entsprechenden Medikation wurde die vorhandene Unruhe weiter verstärkt. Erfolge zeigen zentralnervöse Stimulanzien, die eine Abnahme der motorischen Unruhe bewirken. Somit wurde hier eine eher zu geringe Aktivierung als Ursache der Aufmerksamkeitsstörung angenommen. Tatsächlich konnte diese Vermutung nicht nachhaltig bestätigt werden. Die Autoren resümieren, dass

"eine Imbalance verschiedener Regelsysteme (...) als wahrscheinlicher anzunehmen [ist], als eine generelle Sollwert-Vorstellung in biologischen Teilfunktionen".

Die Autoren stellen diese Aspekte in einem psychophysiologisch-behaviorales Modell dar. Das Modell geht von einer gestörten Aktivitätsregulation aus. Die Ursachen werden nicht weiter beleuchtet. Aus den unterschiedlichen Faktoren der gestörten Aktivitätsregulation werden die Beeinträchtigung autonomer Prozesse, insbesondere der Immunregulation fokussiert (vgl. Roth et al. 1992, Roth & Beyreiß 1990). Die Beeinträchtigung der Aktivierungsregulation wird insbesondere deutlich durch folgende Störungen:

- der Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten zu können,
- eine Einschränkung der "inhibitorischen" Kontrolle", sowie
- einer Tendenz zur vermehrten "Stimulussuche."

In diesem Modell wird demnach angenommen, dass sowohl bestimmte "Basisprozesse der Verhaltensregulation" als auch "die Entwicklung und Differenzierung wichtiger kognitiver Funktionen bei der Organisation von Verhalten" beeinträchtigt sind. Dies führt zu vermehrter Reizsuche, um ein höheres Aktivierungsniveau zu erreichen.

Im Gegensatz zur Reizüberflutungstheorie wird hier eine andere Blockierung im Wahrnehmungsprozeß angenommen. Es wird noch einmal deutlich daraufhin gewiesen, dass in diesem Modell nicht voraussagbar ist, ob und wann eine motorische Unruhe / Hyperaktivität eintritt. Deutlich jedenfalls ist, dass bei dieser Störung nicht zwangsläufig das Ergebnis einer nicht mehr zu kontrollierenden Reizkonfrontation angenommen werden kann.

Die Autoren vermuten eine Imbalance verschiedener Regelsysteme (s.o.). Auch Droll (2000/128) zeigt auf, dass sich auf Grund zahlreicher Untersuchungen drei Regelsysteme bzw. Netzwerke für die Steuerung der selektiven Aufmerksamkeit als basal bedeutsam herausgestellt haben. Droll führt folgende Netzwerke mit ihren entsprechenden Funktionen an:

Orientierungsnetzwerk:  
Visuelle Orientierung

Exekutives Aufmerksamkeitsnetzwerk:  
Aufspüren bzw. Identifizieren von Objekten/Ereignissen/Sachverhalten

Wachsamkeitsnetzwerk:  
Erhalten des aktivierten aufmerksamen Zustandes

Droll zeigt auf, dass die Aufmerksamkeit getrübt werden kann, wenn das Kind Probleme in der visuellen Orientierung zeigt. Konzentriert ein Kind in einer bestimmten Situation seine visuell Wahrnehmung auf das rechte Sichtfeld, wird ein unerwarteter Reiz in der linken Gesichtshälfte kaum wahrgenommen. Das Gehirn verschiebt nun die Aufmerksamkeit von der erwarteten Position auf die tatsächliche Reizposition. Hier entsteht somit eine Reaktionszeitverschiebung. Nun werden die visuellen Inhalte des neu wahrgenommenen Reizes auf das Gehirn übertragen.

An dieser Stelle wird das exekutive Aufmerksamkeitsnetzwerk aktiviert. Es hat die Aufgabe, neu wahrgenommene Objekt ins Bewußtsein zu überführen. Droll betont, dass dieses Bewusst werden mehr ist, als die bloße Wahrnehmung eines Objektes. Vielmehr versucht das exekutive Aufmerksamkeitsnetzwerk das Objekt in einem selbstgewählten oder vorgegebenen Schema zu identifizieren. Dieses Netzwerk arbeitet mit frontalen Arealen des Gehirns. Droll vermutet, dass diese Regionen auch an der Darbietung von Informationen aus dem Gedächtnis beteiligt sind, die so vernetzt das Arbeitsgedächtnis erzeugen.

Er zeigt auf, dass bei ADHS-Kindern große Probleme bestehen,

„den angemessenen „Blickwinkel“ zu finden, den „situativen Kontext“ kontinuierlich in ihr Handeln einfließen zu lassen und sind bekannt für ihr mangelhaftes Zeitgefühl.“ (Droll 2000, 133)

Weiterhin wird diese Region durch Information von den Basalganglien (vgl. Kap. II 2.2.2.) versorgt, die für die emotionale Bewertung eine wichtige Rolle spielen.

Wie eingangs dargestellt, fühlen sich ADHS- Kinder schnell angegriffen, ungerecht behandelt und benachteiligt. Treten Probleme in diesem System auf, kann es zu der beobachteten emotionalen Befindlichkeit und der Konzentrationsstörung kommen.

Grundlage für diesen Prozeß ist die Wachsamkeit, die „Alertness“.

Neben der Aufmerksamkeit, die das Wachsamkeitsnetzwerk beeinflusst, kann durch einen geringeren Grad an Wachsamkeit die Bereitschaft in der Aufmerksamkeit zu „springen“ provoziert werden: Die Kinder sind leichter ablenkbar.

Auch Döpfner (2000,13) sieht einen Zusammenhang zwischen neuropsychologischen Systemen und dem Reaktionshemmungssystem.

Wie auch Barkley geht er von einer mangelnden Hemmung von Impulsen aus. Döpfner (2000,14) führt vier Funktionen an, die bei ADHS-Kinder nachweislich gestört sind:

das (nonverbale) Arbeitsgedächtnis (z. B. bei der Antizipation von Verhaltenskonsequenzen und bei der zeitlichen Organisation von Verhalten),

die Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit;

die Internalisierung und Automatisierung von Sprache (z. B. durch Selbstinstruktionen oder bei der Problemlösung) sowie

die Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen.

Die dargestellten Hypothesen sind nicht endgültig belegt worden.

Zum Stand der heutigen Forschung läßt sich sagen, dass die Symptome der ADHS-Problematik mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Störungen in bestimmten Hirnregionen der präfrontalen Cortex zurückzuführen sind.

Inwieweit die Intensität der Verhaltensstörung beeinflussbar ist, wurde häufig diskutiert. Allgemein ist heute Konsens, dass die Intensität der Symptome durch Verstärkungs- und Bestrafungsreizen beeinflussbar ist. Döpfner fasst hierzu die Ergebnisse in einschlägigen Untersuchungen zusammen (vgl. Döpfner 2000).

## 2.4. Psychosoziale Faktoren

In der Pädagogik wird das ADHS eher aus psychosozialen Zusammenhängen betrachtet. Insbesondere die Schulpädagogik sieht häufig Auffälligkeiten bei Kindern im Unterricht eher aus dem familialen Kontext begründet.

Sozialisationsbedingungen, Erziehungsziele und -stile stehen hier in der Diskussion. Bei der Problematik des ADHS muss sich die Schule mit den Verhaltens- und Leistungsproblemen der Kinder beschäftigen. Insbesondere bei Konzentrationsproblemen hinterfragen einige Autoren mögliche verstärkende schulische Hintergründe.

"Die Pädagogik sieht die Konzentration als die Grundlage für Realisierung von Unterricht"

(Czerwenka 1993, 725). Treten hier Störungen auf, so muss der/die LehrerIn sich in erster Linie selbstkritisch hinterfragen, ob sie ihren Lernstoff in der geeigneten Form dargeboten hat und sie angemessen auf diese Störauffälligkeiten reagiert hat.

Voß, R. (1991, 36 ff) geht hier weiter, indem er einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem auffälligen Verhalten einzelner Kinder und ihrem gesellschaftlichen Kontext sieht:

" Auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen in den verschiedensten Erscheinungsformen bis zu physischen, psychosomatischen oder körperlichen Erkrankungen sind eine gesunde Reaktion auf eine krankmachende Umwelt. (...) Die Flucht der Kinder in auffällige oder "störende" Verhaltensweisen, in "Lernstörungen" oder "Hyperaktivität", in aggressivem Verhalten oder andere (zumeist kreative) Formen von Symptomsprache bis hin zu Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch signalisiert- wie ein Seismograph- die fortschreitende Sprach-, Beziehungs- und Lieblosigkeit in unserer natur- und menschenfeindlichen Welt." (ebd. 37).

Ist es die veränderte Kindheit, sind es die medialen Einflüsse durch TV und Videospiele, die Zusatzstoffe in unserer Nahrung, ist es die zunehmende psychische Verelendung durch die veränderte Lebenswirklichkeit, die das ADHS verursacht oder zumindest den Ausbruch begünstigt? Die zunehmende Scheidungs- und Arbeitslosigkeitsrate, Auflösung und Instabilität von Idealen, Leitbildern, Werten und Normen führen zunehmend zu familialen Problemen. Führen diese Faktoren unsere Kinder zu einem nicht mehr "normgerechten" Verhalten?

Voß zeigt auf (ebd. 38), dass das Problem des ADHS genauso wenig existiert wie das Problem der Legasthenie oder des MCD. Sind sie lediglich Symptomträger einer kranken Gesellschaft? Hierzu fragt Jetter (1993, 7):

"Ist es nicht überhaupt das Beste für unsere Kinder, wenn wir doch wieder auf bewährte Erziehungsmethoden, stabile Familienmethoden und traditionelle Bildungsinhalte zurückgreifen und ihnen ein hohes Maß an Rückhalt mit auf den Lebensweg geben?"

Wie immer auch das ADHS verursacht ist, die jeweilige gesellschaftliche Umfeld des Kindes beeinflusst das Verhalten des Kindes in der jeweiligen Lebenssituation.

Das Syndrom ist nicht mit dem Beginn der Industrialisierung, der Automatisierung, der Anonymisierung in den Großstädten und der veränderten Kindheit entstanden. Dagegen sprechen, wie in Kap. III 1.2. dargestellt, die historischen Belege. Jedes Kind braucht jedoch, um zu einer gesunden, selbstständigen und selbstbewussten, aktiven Persönlichkeit zu reifen, bestimmte Grundbedingungen in der Sozialisation. Erfährt das Kind immer wieder, oder mit Auftreten des Syndroms zunehmend, dass ihm positive soziale Bezüge entzogen werden, dass es immer häufiger zu Konflikten im Elternhaus und Schule kommt, ist der Nährboden für neurotische Verhaltensweisen gelegt.

Hinzu kommen veränderte familiäre Bedingungen, die das Familienleben beeinflussen und belasten können.

Berufstätigkeit beider Elternteile bedeuten oft, dass die Eltern für die Kinder kaum noch zu erreichen sind. Die Scheidungsrate im historischen Vergleich hat deutlich zugenommen. Ein-Eltern-Familien werden zunehmend selbstverständlicher.

Auch fordert das moderne Berufsleben ein hohes Maß an regionaler und an fachlicher Flexibilität. Durch drohende Arbeitslosigkeit, Vereinsamung und auflösende gesellschaftliche Normen und Werte werden Eltern zunehmend verunsichert. In dieser Welt haben Kinder zu funktionieren. Insbesondere das Leistungsverhalten der Kinder in der Schule entscheidet frühzeitig über den Karriereweg der Kinder. Viele Kinder haben schon in der Grundschule einen vollen Terminkalender. Kommt es in diesen belasteten Familien zu bedrohenden Situationen, indem das Kind in der Schule und im familiären Umfeld verhaltensauffällig wird und in den schulischen Leistungen nachläßt, ist der Konflikt vorprogrammiert.

Im Verlauf dieses Prozesses können sich die emotional-sozialen Bedingungen für das Kind erheblich verschlechtern, so dass das ADHS-Kind, das sich emotional häufig angegriffen und abgelehnt fühlt, in einen negativen Spiralprozess geraten, der das entwickelte Selbstwertgefühl des Kindes aufweicht. Eine Negativspirale entwickelt sich, welche die primären Symptome des ADHS weiter negativ beeinflussen können.

Döpfner (2000/14) stellt hierzu fest, dass familiären Belastungsfaktoren keine primäre ätiologische Bedeutung zukommt. In diesem Zusammenhang zeigt Scahill et al. (1999) in seiner Untersuchung auf, dass Familien mit geringem sozioökonomischen Status häufiger die typischen Symptome eines ADHS zeigen.

Döpfner führt Barkley et al (1990a) und Scahill et al. (1999) an, die belegt haben, dass ungünstige Familienbedingungen durchaus ein ADHS negativ beeinflussen.



Als Sekundärprobleme treten häufig aggressive oder dissoziale Verhaltensauffälligkeiten auf.

Campbell (1990) hat den Zusammenhang zwischen der ADHS-Symptomatik und einer negativen Eltern-Kind-Relation untersucht und ebenfalls eine Korrelation zwischen einer überwiegend negativen Eltern-Kind-Interaktion mit der Stabilität der ADHS-Auffälligkeit festgestellt. Döpfner (2000/16) kommt zu dem Schluss:

„Die hyperkinetischen Symptome bewirken wiederum eine Zunahme an negativen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugsgruppen (Eltern, Erzieher, Lehrer, Geschwister, Gleichaltrige). Ungünstige Bedingungen im Elternhaus und Schule (z. B. psychische Belastung der Bezugspersonen, inkompetentes Erziehungsverhalten, große Klassen), aber auch in der Gleichaltrigengruppe (z. B. andere auffällige Kinder) unterstützen die weitere Entwicklung solcher ungünstigen Interaktionen. Diese bewirken ihrerseits wiederum eine Zunahme der hyperkinetischen Symptomatik und der Störung im Selbstregulierungsprozess und sie unterstützen die Entwicklung weiterer komorbider Symptome.“

Somit kann davon ausgegangen werden, dass den sozialpsychologischen Faktoren bei der Ursachenforschung und in der therapeutischen Interventionsplanung eine entscheidende Rolle zukommt.

## **2.5. Diskussion**

In der Diskussion um die Ursachenhypothese hat sich gezeigt, dass den biologischen Ursachen ein besonderes Interesse gebührt.

Es wurde dargelegt, dass die Diskussion um die allergischen Dispositionen, insbesondere der Lebensmittelallergie, die lange die fachliche Diskussion mitbestimmt hat, heute von geringem Interesse ist. Nur in Einzelfällen konnte ein Zusammenhang nachgewiesen werden. Trotz allem kann eine bestehende Allergie oder eine Fehlernährung den Verlauf der ADHS-Symptomatik negativ beeinflussen.

Der Zusammenhang mit einer neurologischen Störung, insbesondere einer minimalen cerebralen Dysfunktion, ausgelöst durch natale Komplikationen, Infektionen während der Schwangerschaft, Schädelhirntrauma und Verletzungen, sowie toxische Einflüsse spielen bei der Ursachendiskussion eine eher geringe Rolle. Inwieweit es einen Zusammenhang zwischen einer kurzfristigen Sauerstoffunterversorgung des Gehirns und dem Absenken der Neurotransmitter bzw. der Fähigkeit zur Reizverarbeitung gibt, müsste dagegen noch geklärt werden.

Eine Störung in der genetischen Disposition kann insbesondere durch die Zwillingsforschung belegt werden. Beobachtungen in der Praxis des Autors belegen in erster und zweiter Generation einen Zusammenhang. Teilweise beschreiben Eltern von ADHS-Kindern ähnliche Auffälligkeiten im eigenen oder im Verhalten der Großeltern.

Einen Zusammenhang zwischen einer genetischen Disposition und des Neurotransmitterstoffwechsels wird vermutet (vgl. Döpfner 2000/16).

Eine Störung des Neurotransmitterhaushaltes als Auslöser des ADHS wird zum heutigen Stand der Forschung favorisiert.

Diese Verringerung der neurochemischen Aktivität, speziell in der präfrontalen Cortex führt zur Verminderung der Informationsverarbeitung und mangelnder Hemmung von Impulsen.

So kann davon ausgegangen werden, dass es unter psychologischer Betrachtung zu affektiven und motivationalen Steuerungsproblemen kommen kann. Es kommt zu einer punktuellen geringeren Aufmerksamkeitsspanne und einem schwachen Arbeitsgedächtnisses, so dass die Analyse und Planung von Handlungssequenzen erschwert wird.

Den psychosozialen Faktoren kommt in der Ätiologie zwar keine primäre, jedoch als sekundäre Verursachung eine wichtige Bedeutung zu. Als Sekundärfaktor scheinen die Lebens- und Entwicklungsbedingungen des Kindes insbesondere im familiären und schulischen Umfeld eine katalysatorische Bedeutung bei dem Grad und Verlauf der Symptomatik zu haben. Somit kann geschlossen werden, dass die Symptomatik von der Verhaltensproblematik des Kindes aus gesehen multikausal begründet ist.

Somit kann geschlossen werden, dass für einen positiven Verlauf einer therapeutischen Intervention folgenden Punkten eine wesentliche Bedeutung zukommt:

1. Das psychosoziale System des Kindes sollte so gestaltet sein, dass die positive Entwicklung des Kindes gestärkt wird.
2. Die Symptome des ADHS sind durch Verstärkung und Bestrafung bis zu einem gewissen Grad steuerbar.
3. Eine medikamentöse Unterstützung betroffener kortikaler Regionen kann in ausgeprägten Formen notwendig sein.

Welche therapeutischen Maßnahmen bisher eingesetzt wurden, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

### **3. Therapeutische Interventionsversuche**

#### **3.1. Einleitung**

Wie in Kapitel II 2. dargestellt gibt es unterschiedliche Ursachenhypothesen für das Entstehen des ADHS.

Innerhalb der einzelnen Disziplinen wird der Mensch entsprechend der jeweiligen Fachorientierung betrachtet. So sieht die Medizin den Menschen eher als ein biologisches System, während die Pädagogik den Menschen in seiner Beziehung zu seinen Mitmenschen innerhalb des jeweiligen Gesellschaftssystems sieht. Demgegenüber sieht die Psychologie den Menschen als ein Wesen, das im Verlauf seiner psychischen Entwicklung, also in der Entfaltung seiner Persönlichkeit, verschiedene Momente erlebt hat, welche die weitere Entwicklung geprägt haben.

Somit ist es durchaus verständlich, dass die unterschiedliche therapeutischen Interventionsversuche aus der Sicht der jeweiligen Fachdisziplin entwickelt wurden. Welche Therapieansätze bisher entwickelt wurden wird im Folgenden darstellt.

#### **3.2. Die medizinischen Therapieansätze**

##### **3.2.1. Stimulanzengabe**

###### **3.2.1.1. Darstellung**

Die Verabreichung von Psychopharmaka richtet sich bei hyperaktiven Kindern gegen die Verhaltensauffälligkeiten. Diese sind beim ADHS insbesondere die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, motorische Unruhe und Impulsivität. Auf Grund der Vielzahl untersuchter Fälle kann gesichert gesagt werden, dass durch Psychopharmaka eine Wirkung erzielt wird, allerdings nur bei einem Teil der Kinder, bei denen ein ADHS diagnostiziert wurde. Bei diesen Kindern wird ein möglicher abgesenkter Transmitterspiegel vermutet, der durch die Gabe von Stimulanzien ausgeglichen wird. Die genaue Wirkungsweise ist nach Trott (1998) trotz intensiver Forschung bis heute nicht vollständig geklärt.

Nach Trott (1998,34) wird durch die Gabe der Stimulanzien das retikuläre Aktivierungssystem (vgl. Kap. II.2.2.) angeregt. Trott vermutet, dass dadurch möglicherweise die Verbesserung von Aufmerksamkeit und Verhalten erklärt werden kann. Allerdings kann diese Erregung auch zu Nebenwirkungen führen.

Bekannte Nebenwirkungen sind:

- Schlaflosigkeit
- Appetitverlust
- Depressionen
- Schwindel
- Bauchschmerzen
- Krampfanfälle
- Blutdruckerhöhung
- Allergische Reaktionen
- Halluzinationen
- Verstimmungs- und Angstzustände
- Verzögerung des Längenwachstums
- motorische Tics

Selten konnten in den untersuchten Fällen sozialer Rückzug, depressive Verstimmung, Auslösen von Tics, erhöhter Blutdruck, Schwindel und Übelkeit festgestellt werden. Weiterhin konnte auch in wenigen Fällen eine leichte Verlangsamung des Längenwachstums beobachtet werden, die sich jedoch bei einer Weiterbehandlung nach Kinze (1994,105) ausgeglichen hat. Schädigungen der inneren Organe können bei üblicher Dosierung nicht erwartet werden. Eine häufig vermutete Anbahnung zu einer späteren Drogenabhängigkeit konnte in Längsschnittuntersuchungen nicht nachgewiesen werden.

Überschreitet die Dosierung deutlich das übliche Maß, kann häufig eine Verschlechterung der Symptomatik festgestellt werden. Die Begleit- und Nebenwirkungen erhöhten sich.

Diese Beobachtungen stellt Kinze im Vergleich zu den in den 70er Jahren in der USA gegebenen Dosen von 100 mg Methylphenidat zu den heute üblichen 10 – 60 mg an. Schulz (1990) empfiehlt, dass die Tagesdosis von 1 mg/kg Körpergewicht nicht überschritten werden sollte.

Bei der Diagnose ADHS werden nach Schulz verschiedene Substanzen zur Stimulanzientherapie eingesetzt. Es sind insbesondere Methylphenidat, D-Amphetamin, Fenetyllin, Amfetaminil und Pemolin (vgl. Tabelle 1).

Grundsubstanz	Präparat	Einsetzen der Wirkung	HWZ	Tagesdosis in mg
Methylphenidat	Ritalin	30-60 Min.	2,5 h	10-60 mg
D-Amphetamin	Dezedrin	30-60 Min.	5-8 h	10-20 mg
Fenetyllin	Captagon	30-60 Min.	5-8 h	50-100 mg
Pemolin	Cylert	sehr unterschiedl.	8-12 h	20-60 mg
Amphetaminil	AN 1			10.20 mg
	Aponeuron	keine Daten	keine Daten	10-40 mg

Andere Autoren ( Kinze u. a.) nennen Sydnocardin und Coffein. Diese Substanzen werden relativ selten eingesetzt.

Am bekanntesten ist das Methylphenidat, ein synthetisiertes Amphetaminderivat, das seit 1954 als Ritalin im Handel ist. Es ist das bei Kindern am intensivsten erforschte Psychopharmakon. Dieses Mittel ist bei der Stimulanzientherapie das Mittel der ersten Wahl (Trott 1998). Eine Verbesserung der Symptomatik kann nach 30 Minuten erreicht werden. Die Substanz ist nach 24 Stunden vollständig ausgeschieden. Auf Grund der kurzen Halbwertszeit muß u. U. das Mittel mehrmals am Tag verabreicht werden.

Amphetamin ist die älteste Substanz zur Behandlung des ADHS. Nach Trott ist Amphetamin das Mittel der zweiten Wahl, wenn unter Methylphenidat keine befriedigende Wirkung erzielt wurde. Die Wirkung setzt etwa nach 30 bis 60 Minuten ein. Die Dauer der Wirkung mit 5-8 Stunden kann individuell erheblich variieren. Das Mittel ist keine Fertigarznei, sondern muss individuell hergestellt werden.

Fenetyllin ist außerhalb Deutschlands kaum bekannt. Es besteht zum Teil aus D-Amphetamin und L-Amphetamin. Die Wirksamkeit ist ähnlich wie das Methylphenidat. Jedoch existieren nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über diese Substanz.

Pemolin wirkt ähnlich wie Amphetamin und Methylphenidat. Die Wirkung wird unterschiedlich beschrieben. Eine Wirkung wird nach einigen Tagen bis zu 6 Wochen beschrieben. Eine medikamentös ausgelöste Hepatitis kann in einigen Fällen beobachtet werden. Auf eine regelmäßige Überprüfung der Leberwerte bei der Gabe wird dringend hingewiesen.

Das Amphetaminil entsteht aus D-Amphetamin. Dieses Mittel war in der früheren DDR die einzige Substanz zu Therapie des ADHS. Die Behandlung von Kindern mit dieser Substanz wird heute abgelehnt.

Methylphenidat ist die am häufigsten untersuchte Intervention. Schon 1936 begann Bradley in der Annahme einer hirnnorganischen Ursache auf diesem Feld zu experimentieren. Heute liegen relativ gesicherte Ergebnisse vor.

Methylphenidat bewirkt nach der Unteraktivierungstheorie des Frontalhirns eine nachweisbar bessere Durchblutung dieser Hirnregion, so dass das Kind „wacher“ wird (vgl. Neuhaus 1996, 193). Andererseits wird angenommen, dass die Substanz die Anzahl der Neurotransmitter erhöht, so dass eine bessere Vigilanz (Hemmungsbereitschaft im Verhalten) und eine verbesserte Informationsverarbeitung möglich wird.

Die Gabe kann dazu führen, dass das Kind die überschießenden motorischen Aktivitäten vermindert und die Handschrift häufig sauberer wird. Es kommt zu einer Verminderung der Ablenkbarkeit und einer verbesserten Aufmerksamkeit (vgl. Trott 2000, 116; Döpfner M., Frölich J. Lehmkuhl G., 2000, 28). Somit kann das Leistungsverhalten in der Schule, die Lehrer-Schüler-Interaktion und das Mutter-Kind-Verhältnis (vgl. Schulz, E., Remschmidt, H. 1990, 162) positiv beeinflusst werden. Auch wurde eine Zunahme der verbalen Teilleistungen und eine Verbesserung der sozialen Interaktionen beobachtet.

Auf Grund der Problematik der Diagnose des ADHS ist eine Indikation mit einer medikamentösen Behandlung kritisch zu betrachten. Viele Autoren messen einer genauen Diagnostik eine hohe Bedeutung zu. Schulz, E. (1990, 178) fordert in diesem Zusammenhang:

„Vor der Indikationsstellung für eine medikamentöse Behandlung sind unabdingbare differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Syndroms anhand eingehender ärztlicher Untersuchungen erforderlich.“

Bereits Bradley (1937) warnte vor einer zu großzügigen Indikationsstellung. Bender (1942) weist darauf hin, dass eine pharmakologische Behandlung nur in gravierenden Fällen und dann immer in Verbindung mit einer begleitenden erzieherischen, psychotherapeutischen und schulischen Hilfe durchgeführt werden soll (s. ebd. 179).

Auch Trott (1998, 24) fordert:

„Die Diagnose eines Hyperkinetischen Syndroms sollte nicht automatisch zu einer medikamentösen Behandlung führen. Eine umfassende Elternberatung und einfache verhaltenstherapeutische Maßnahmen bewirken oft schon Erfolge.“

Auch sollte der Arzt die Medikation und ihre therapeutischen Effekte überwachen, um eventuell die Dosierung anzupassen. Bei der Überprüfung dieser Forderungen an den Praxisbedingungen muss gefragt werden, wie ein niedergelassener Kinderarzt diese Forderungen angesichts der beschränkten organisatorischen und zeitlichen Möglichkeiten umsetzen kann. Häufig wird nach einem kurzen Explorationsgespräch und möglicherweise durch einen kurzen Eltern- und Lehrerfragebogen eine medikamentöse Langzeittherapie verordnet.

Weiterhin sollte eine Medikation nicht an Kindern unter 4 Jahren erfolgen, da sie wenig effektiv ist und erhöhte Nebenwirkungen zeigt. Trott weist darauf hin, dass die Bereitschaft und Einstellung der Eltern zu dem Medikament entscheidend für eine Medikation ist. Manche Eltern versuchen aus ideologischen Gründen „einen Therapieerfolg zu sabotieren“. Gemeint sind hier jene Eltern, welche die Dosierung entsprechend ihren Beobachtungen verändern, die Stimulanzientherapie am Wochenende oder Urlaub unterbrechen oder die Behandlung abbrechen. Andererseits muß der Arzt das Vertrauen in die Eltern setzen können, dass die Vorgabe der täglichen Dosierung auch eingehalten und nicht vernachlässigt wird.

Ist die Indikation einmal ausgesprochen, so sollte mit niedrigen Dosen begonnen werden und diese steigern, bis eine individuelle Gabe gefunden worden ist. In der Regel sollte die erste Gabe am Morgen vor der Schule und zum Mittag, nachdem die Halbwertszeit erreicht ist, gegeben werden. Ein leidiges Thema in der Medizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Frage, ob das Medikament durchgegeben oder ob Therapiepausen eingehalten werden sollten. Die Verfechter der These, dass die Substanz durchgegeben werden sollte, begründen dies damit, dass das Kind die Chance erhalten soll, sich unter „normalen“ angepassten Bedingungen entwickeln zu können. Andererseits wird gefordert, dass Pausen am Wochenende und in den Schulferien gemacht werden sollten. Die Verfechter der Pausenthese begründen ihren Ansatz damit, dass das Kind die Chance erhalten soll, eine bewusste Verhaltensänderung zu erlernen und sich nicht auf ein Krankheitsbild zurückzuziehen. Das Kind soll die Eigenverantwortung für seine Auffälligkeiten übernehmen. Weiterhin bieten Pausen die Möglichkeit etwaige Nebenwirkungen genauer zu diagnostizieren. Auch könnte so die Möglichkeit eines beginnenden Ausschleichens des Medikamentes besser beobachtet werden.

Bei einer genauen Beobachtung des Therapieverlaufes durch den Arzt sollte immer eine mögliche Beendigung der Therapie überprüft werden. Dies kann durch zeitweises Herabsetzen der Dosierung gelingen.

Kinze und viele andere Autoren stellen fest, dass ein Therapieerfolg mit dem üblichen Präparat Methylphenidat sich sehr bald einstellen muss. Ist dies nicht angezeigt, ist von der Weiterbehandlung auf dieser Basis wenig Erfolg zu erwarten.

Andere Autoren und dies ist nach Beobachtung des Autors leider häufig die zu beobachtende gängige Praxis, sind der Meinung:

„Es ist nicht angebracht in einer falschen Auslegung des „nil nocere“-Stimulanzien nur in schweren Fällen und nur nach Versagen anderer Maßnahmen einzusetzen. Trotz der relativ harmlosen Nebenwirkungen schadet man dem Kind mehr, wenn man ihm die Hilfe, die ihm Stimulanzien gewähren, verweigert. Es ist unverantwortlich, andere Maßnahmen, deren Unwirksamkeit bekannt ist, immer wieder von neuem zu erproben. Dazu ist das Gewicht der Literatur über die Wirksamkeit der Stimulanzien und die Wirkungslosigkeit anderer Verfahren zu bedeutend.“ (Eichlseder 1987b/1372)

Zwar räumt Eichlseder ein, dass es eine Gruppe von ADHS-Kindern gibt, die „mit sich und ihrer Umwelt und ohne diese zu belasten zurechtkommen“ existieren. Diese Kinder benötigen keine Indikation. In seiner Praxis waren dies lediglich 14 von 1000 Patienten. Somit resümiert er, dass nach Diagnose und Indikation unverzüglich die Stimulanzientherapie eingeleitet werden muss. Einen weiteren und schon gar einen mehrdimensionalen Therapieansatz (z.B. Stimulanzien- und Verhaltenstherapie) lehnt er ab, da er diesen als unwirksam betrachtet.

Demgegenüber hat der Schweizer Kinderpsychiater Lutz folgenden Satz formuliert:

„Es wäre falsch und unfair, ein Kind chemisch kampfunfähig zu machen!“  
(vgl. Neuhäuser 1989, 13).

Weitere empirische Befunde stellt Schulz (1990a) mit Hinweis auf Marinius (1984) und Minde (1985) dar. Er gibt an, dass die meisten Untersuchungen bei etwa einem Drittel der auffälligen Kinder eine deutlich positivere Reaktion zeigen. Bei einem weiteren Drittel konnte nur mäßige Verbesserung bei der Problematik festgestellt werden. Der letzte Drittel zeigte keine Wirkungen, zum Teil sogar eine Verschlechterungen der Symptomatik festgestellt werden (vgl. Schulz 1990, 183). Kinze bestätigt im Wesentlichen diese Daten.

Nach unseren Beobachtungen, und die Verordnungszahlen sprechen dafür (Ellinger, 1991; Poustka 2000), wird bei diagnostizierter ADHS-Symptomatik häufig auch bei leichteren Auffälligkeiten oder nur vermuteter Symptomatik vom behandelnden Kinderarzt oder Psychiater Methylphenidat verschrieben.

An dieser Stelle muss die Forderung erhoben werden, dass, bevor eine Verschreibung erfolgt, eine saubere Differenzialdiagnostik (vgl. ICD 10: F 90.0) durchgeführt werden muss. Poustka (2000, 165) merkt hierzu an, dass einige Merkmale die einfache Konzentrationsproblematik überdecken können und es so zu Fehlinterpretationen hinsichtlich der Wirksamkeit von Stimulanzien kommen kann. Weiterhin merkt er an, dass eine Differenzialdiagnostik auch wichtig ist, weil Stimulanzien verschiedene „Phänokopien“ nachhaltig verschlechtern können. Martinius und Bläker (1986, 558) gehen noch weiter, indem sie feststellen:

„Es gibt ausreichende Gründe für die Annahme, daß die Behandlung mit Stimulanzien missbräuchlich angewandt worden ist, indem gesunde Kinder als hirngeschädigt angesehen wurden und man eine Stimulanzienbehandlung für notwendig hielt“

Diese Feststellung ist um so gravierender, da Methylphenidat häufig über Jahre verabreicht wird.



Hinzu kommt, dass nur ein Teil der behandelten Kinder tatsächlich auf diese Stimulanzien reagieren. Schulze E. und Remschmidt H. (1990, 163) kommen zu dem Befund, dass:

- ein Drittel deutlich positive Befundbesserung
- ein Drittel mäßige Befundbesserung und
- ein Drittel keine bzw. eine Verschlechterung der Symptomatik zeigen.

Sie weisen daraufhin, dass Methylphenidat unter anderem bei Entwicklungsrückständen, Teilleistungsstörungen, sekundärer Neurotisierung und emotionalen Störungen nicht verabreicht werden darf. Auch zeigen mehrere Untersuchungen, dass Kinder, bei denen die Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund steht, schlechter auf Stimulanzien ansprechen, als Kinder, die zusätzlich eine hyperaktive und impulsive Symptomatik zeigen (Döpfner et al. 2000, 28).

### **3.2.1.2. Diskussion**

Hinsichtlich der Nebenwirkungen ist belegt, dass sie bei der Stimulanzie relativ gering sind. Eine neue Studie (MTA Cooperative Group, 1999) berichtet jedoch von ausgeprägten Nebenwirkungen in 4 bis 10% der Fälle.

Angesichts dieser Unsicherheiten sollte eine Indikation wohl überlegt sein und in jedem Fall unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle stehen.

Trott (2000, 117) zeigt auf, dass die Behandlung des ADHS mit Methylphenidat bei keinem anderen therapeutischen Ansatz eine derartig günstige Nutzen-Risiko-Relation bietet. Jedoch sollte die Medikation erst dann verabreicht werden, wenn die Symptomatik zur erheblichen Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen geführt hat und die Bewältigungsmechanismen beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen, bei den Eltern und den Lehrern erschöpft sind.

Ein weiteres wichtiges Moment ist die Dauer der Wirkung. Gegenüber den belegten positiven Kurzzeiteffekten steht eine geringe Anzahl von Untersuchungen, die Langzeiteffekte nicht aufzeigen konnten. Dies bestätigt die Aussage von Martinius und Bläker (1986), dass Stimulanzien weder einen Reifungsprozess unterstützen noch induzieren. Stimulanzien sind eben keine Wundermittel. Durch Medikamente lernt das Kind nichts hinzu.

Auch in der Tagesgabe erfährt das Kind tagtäglich beide Seiten seiner Persönlichkeit. Die Wirkung des Methylphenidat mit dem Handelsnamen Ritalin lässt etwa bei 3-4 Stunden nach. Zur Zeit ist ein neues Präparat mit dem Namen Ritalin SR im Handel. Die Wirkung dieses Medikaments lässt etwa nach 3-6 Stunden nach. Verordnet werden diese neuen Medikamente häufig mit dem Argument, dass eine neue Gabe am späten Vormittag in der Schule ausbleiben kann und somit sowohl die Lehrer als auch das behandelte Kind weniger mit der Verabreichung des Medikaments belastet sind. Somit wird deutlich, dass häufig Ritalin von den Eltern gewünscht wird, damit ihr Kind bessere Startchancen in der Schule erhält.

Hans von Lüpke (1991, 51) weist darauf hin:

„Allein die Gewohnheit, bei Störungen jeder Art zunächst an Abhilfe durch Medikamente zu denken, ist gefährlich genug. Führt sie doch dazu, andere Lösungsmöglichkeiten verkümmern oder gar nicht erst entwickeln zu lassen. Hier liegt möglicherweise die größte Gefahr rein medikamentöser Behandlungsversuche beim hyperkinetischem Kind.“

Somit kann resümiert werden, dass eine Stimulanziengabe nur nach eingehender Differenzialdiagnostik von einem Facharzt nach Ausschöpfung aller anderen Interventionsmöglichkeiten verabreicht werden sollte. Hierbei ist zu beachten, dass nur ein Teil der Kinder eindeutig positiv auf die Gabe ansprechen. Somit müssen die Wirkung des Medikaments und mögliche Nebenwirkungen regelmäßig überprüft werden, zumal bei einigen Kindern, die zunächst stark positiv auf das Mittel ansprachen, von einem Nachlassen der Wirkung berichtet wurde (Neuhaus 1996, 196).

Abschließend sei bemerkt, dass eine isolierte Stimulanziengabe die Kinder nur „ruhigstellt“. Eine Medikamentierung kann nur im wirklichen Bedarfsfall und auch nur als Basis für grundlegendere Interventionen verordnet werden, (vgl. Frölich 2000, 216) da die Kinder häufig andere Verhaltensprobleme (geringer Selbstwert, Aggression) aufzeigen. Andererseits zeigt Frölich auf, dass das Medikament nicht kurativ wirkt. Nach Absetzen der Substanz bricht die Symptomatik wieder voll in ihrem Erscheinungsbild aus.

### 3.2.2. Diätische Maßnahmen

Schon sehr früh wurde in der Forschung ein Zusammenhang zwischen einer allergischen Disposition und der ADHS-Symptomatik vermutet (vgl. Kap. II. 2.2.6.). Insbesondere eine Lebensmittelallergie steht im Verdacht, bei einigen Kindern die bekannten Symptome hervorzurufen.

Verschiedene therapeutische Interventionen wurden entwickelt und erprobt. Bei der Therapie von Lebensmittelallergien werden in der Regel Diäten eingesetzt.

Blank (1990) unterscheidet die bekanntesten Diätformen in zwei Bereiche:

1. Diätschemata

In diesen Diätformen werden bestimmte Nährstoffe vermieden. Somit wird mit einer starren Verbotsliste für bestimmte Lebensmittel gearbeitet. Zu nennen ist hier die bekannte Feingolddiät, zuckerarme Diät und die phosphatreduzierte Diät.

2. Individuelle Eliminationsdiäten

In diesen Diätformen wird von einer Basisdiät ausgegangen. Durch Versuch und Irrtum werden bestimmte Lebensmittel ausgeschlossen bzw. Provokationsversuche durchgeführt. Es entsteht ein individuell entwickelter Diätplan. Zu nennen ist hier insbesondere die Oligoantigene oder Hypoallergene Diät.

Zu dem Problem des Zusammenhangs zwischen einer Nahrungsmittelunverträglichkeit und einer Verhaltensänderung stellt Egger (1991) fest, dass der Betrachter bei genauer Untersuchung drei Formen differenzieren muss:

Einerseits ist die echte Lebensmittelunverträglichkeit bekannt. Der Patient nimmt bestimmte Lebensmittel zu sich. Eine reproduzierbare psychische oder physische Reaktion tritt ein. Entscheidend ist, dass diese Reaktion unabhängig davon eintritt, ob dem Patienten die Einnahme bewusst ist oder nicht.

Andererseits ist eine psychische Reaktion auf bestimmte Lebensmittel bekannt, unter der Voraussetzung, dass der Patient das Lebensmittel bewusst aufnimmt. Diese psychischen Reaktionen können sich physisch niederschlagen. Jedoch zeigt der Patient nicht durchgehend reproduzierbare Reaktionen auf eine unbewusste Aufnahme dieser Lebensmittel.

Eggert schließt seine Betrachtung, indem er aufzeigt, dass Interaktionen zwischen Nahrungsmittelunverträglichkeit und psychologisch bedingte Reaktionen auftreten können. ADHS-Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit einer Nahrungsmittelunverträglichkeit werden von einigen Autoren vermutet. Sie sind jedoch nicht belegt worden.

Bei der Betrachtung der dargestellten Diätschemata scheinen sowohl bei der Feingold-, Zucker-, und der phosphatarmen Diät die Auswahl jener Lebensmittel, die es zu vermeiden gilt, so breit gestreut, dass der diätische Ansatz Wirkungen zeigen kann. Diese Wirkungen sind sowohl in der Langzeitbetrachtung der Diäten, der möglichen Ausbildung von Sekundärproblematiken, als auch der Wirkungsweise der Lebensmittelelimination auf das unerwünschte Verhalten der Hyperaktivität problematisch.

Bei den oben genannten Diäten kann die Auswahl der auszuschließenden Lebensmittel in der Akzeptanz gegenüber dem Kind nur kognitiv vermittelt werden. Da jedoch in den drei Diätformen insbesondere auch Genussmittel betroffen sind, die Kinder in diesem Alter besonders mögen, besteht die Gefahr, dass den Kindern rational die Vermeidung des Genusses nicht einsichtig gemacht werden kann. So kann langfristig betrachtet, wenn die elterliche Kontrolle nachlässt, dieser Faktor zu einem Abbruch der Diät führen.

Andererseits bemerkt das Kind insbesondere in seinen sozialen Bezügen, wie Freundschaften, Kindergeburtstage u.ä., dass es offensichtlich anders, nicht normal, vielleicht sogar krank ist. Die Eltern müssen sich immer wieder mit den Fragen der Kinder auseinandersetzen:

„Wenn der Zucker so schlimm ist, warum dann dürfen die anderen Kinder Zucker essen?“

Hier ist die Gefahr der sekundären Neurotisierung groß. Es kann zum sozialen Rückzug, Aggression, Unsicherheit und geringem Selbstbewusstsein kommen.

Bei der Betrachtung möglicher negativer psychischer Wirkungsweisen in Relation zu den dargestellten wissenschaftlich nachweisbaren Verhaltensbesserungen, scheint doch das Verhältnis zwischen der Verbesserung der Primärsymptomatik und der Ausbildung einer möglichen Sekundärproblematik kritisch.

Demgegenüber scheint die Oligoantigene Diät nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ zu verfahren. Hier werden nach einer, insbesondere für das Kind, zeitlich übersichtlichen strengen Diät sukzessiv eliminierte Lebensmittel wieder in den Ernährungsplan des Kindes aufgenommen. Wie oben dargestellt, werden so systematisch allergieauslösende Lebensmittel individuell bestimmt. Da diese Diät häufig stationär oder wenigstens in Supervision eines Arztes oder Diätassistenten durchgeführt wird, ist diese Form sehr aufwändig, umständlich und kostspielig.

Bei einer stationären Einweisung kann es bei dieser Diätform ebenso zu einschneidenden Reaktionen aus dem Umfeld kommen. Das Selbstbild des Kindes kann in eine kritische Phase gelangen, so dass sich auch hier Sekundärprobleme entwickeln können. Jedoch scheint diese Diätform die besten Erfolge zu erreichen.

Auf der Suche nach einer sozial und individualpsychologisch verträglichen Methode zur Bestimmung von Lebensmittelunverträglichkeiten zeigen sich heute zwei neuere Methoden erfolgversprechend.

Zum einen wird eine Methode zur Analyse möglicher Unverträglichkeiten insbesondere von Heilpraktikern durchgeführt. Dieses Verfahren wird als Bioresonanzverfahren bezeichnet. Es beruht auf einem Gerät, das individuelle Reaktionen lesen und somit Unverträglichkeiten aufzeigen kann. Leider sind dem Autor bisher keine empirischen Untersuchungen zu diesem Verfahren bekannt. Sollte sich diese Methode durchsetzen, würden dem Kind die oben beschriebenen einschneidenden Verfahren und damit mögliche Neurotisierungen erspart.

Zum anderen findet ein Verfahren Anwendung, das schon seit einiger Zeit in der Humanmedizin bekannt ist, der Hautpricktest. In diesem Allergietest werden u.a. Lebensmittelkonzentrate in die angeritzte Haut gegeben. Bei einer Reaktion können allergieauslösende Stoffe bestimmt werden.

Neben diesen methodischen Verfahren bleibt eine gründliche Anamneseerhebung jedoch der wichtigste Faktor in der Allergiediagnostik. Inwieweit ein Ausschluss von allergisch wirkenden Stoffen die Primärsymptomatik der Hyperaktivität beeinflusst, muss im Einzelfall erhoben werden. Weiterhin wird ein möglicher Zusammenhang kritisch diskutiert. Egger (1990) weist in diesem Zusammenhang daraufhin, dass nach einer gründlichen und genauen Anamnese häufig eine Umstellung von einer sogenannten „Junk-food-Ernährung“ (Chips, Cola, Schokolade, tiefgefrorene Pizzen, Gummibärchen u. ä. im Übermaß) zu einer ausgewogenen Mischkost die Basis zur Lösung von Lebensmittelunverträglichkeiten ist.

Da bei einer isolierten diätischen Maßnahme in nur sehr geringen Fällen eine Wirkung nachweisbar waren, sollte auch nach positiver Testung untersucht werden, ob tatsächlich ein ADHS diagnostiziert werden kann, oder ob es sich um vergesellschaftete Symptome handelt. Die diätische Maßnahme ist jedoch als isolierte Maßnahme bei der ADHS Behandlung nicht zu empfehlen.

### **3.3. Psychologische Interventionsversuche**

#### **3.3.1. Einleitung**

Wie in Kapitel II.2.3. dargestellt, kann davon ausgegangen werden, dass die ADHS-Problematik durch Verstärkung und Bestrafung lenkbar ist. Zu diesem Ergebnis ist z. B. Döpfner (2000) gekommen, als er aufzeigt, dass die ADHS-Kinder durchaus in der Lage waren, sich in bestimmten Situationen zu konzentrieren. In diesen Phasen zeigten die Kinder auch kaum eine motorische Unruhe.

Der Autor kann dies bestätigen. Waren Kinder in einer Spielsituation, die sie selbst gewählt hatten, sehr motiviert, so konnten sie für einige Minuten äußerst konzentriert arbeiten. Dies gelang um so besser, wenn die Kinder zuvor die Möglichkeit hatten, ihrem Bewegungsdrang nachzugeben.

Ausgehend von einer möglichen kurzfristigen Selbststeuerung der Symptomatik, werden in den psychologisch orientierten Ansätzen den Kindern Techniken vermittelt, mit deren Hilfe sie eine Selbstregulation einüben sollen. Diese Methode wurde in folgenden Ansätzen entwickelt:

1. Der analytischen Kinderpsychotherapie
2. Der klientenzentrierten/nondirektiven Spieltherapie
3. Den kognitiven Verhaltenstherapien

Diese Ansätze werden im Folgenden dargestellt.

#### **3.3.2. Analytische Kinderpsychotherapie**

Die Analytische Kinderpsychotherapie wird häufig in Deutschland bei Identitätsstörungen, tiefgreifenden emotionalen und neurotischen Störungen eingesetzt. Dieser individualtherapeutische Ansatz basiert auf Theorien von Anna Freud, Alfred Adler, C.G. Jung und anderen. Die Kinderpsychotherapie arbeitet symbolisch auf der spielerischen oder gestalterischen Ebene wie Malen, Arbeiten mit Ton oder ähnlichem. Das Kind agiert zu einem bestimmten Thema. Der Therapeut beobachtet und analysiert. Er verhält sich somit reaktiv.

Die Position der Eltern in dieser Therapieform ist eine abwartende ebenfalls reaktive Haltung. Sie werden angehalten, sich in die von ihrem Kind vorgetragene Symbolik hineinzufühlen und ihm Raum zur weiteren Entfaltung zu ermöglichen.

Die Vertreter dieses Therapiekonzeptes gehen davon aus, dass eine konkrete Situation oder ein Beziehungsgeflecht zu der bestehenden ADHS-Problematik geführt hat. Bei näherer Betrachtung der kausalen Erklärungsmuster muss davon ausgegangen werden, dass dieser Ansatz zumindest bei der primären Problematik kontraproduktiv angesehen werden kann. Diese Beurteilung wird in der Literatur bestätigt (vgl. Steinhausen 1988). Jedoch ist der kinderpsychotherapeutische Ansatz bei bestimmten Sekundärproblematiken in Anteilen diskussionswürdig.

Als isolierte Therapieform zur Behandlung einer primären ADHS-Symptomatik konnten keine positiven Effekte nachgewiesen werden. Da Kinder mit dieser Problematik insbesondere regulative Anleitungen benötigen und Eltern in ihrem Erziehungsverhalten eher weiter verunsichert werden, sind nicht nur neutrale Effekte zu erwarten, sondern die Gesamtproblematik verschlechtert sich häufig (vgl. Neuhaus 1996, 205).

Es kann geschlossen werden, dass der isolierte kinderpsychotherapeutische Ansatz eher zu einer Verschlechterung der Problematik führt.

### **3.3.3. Klientenzentrierte/nondirektive Spieltherapie**

Diese Form der Therapie darf nicht mit dem Spieltraining, das anschließend besprochen wird, verwechselt werden. Diese Therapieform wird insbesondere bei jüngeren Kindern angewendet, wenn neurotische Störungen wie zum Beispiel Ängste, dissoziales Verhalten, schwaches Selbstvertrauen, mangelnde emotionale Ruhe oder Anpassungsstörungen vorliegen.

Das Spiel ist das Medium, mit dem Kindergarten- und Grundschulkinder leicht erreicht werden können. Entsprechend werden mit der Spieltherapie Kinder in diesem Alter behandelt.

Die Spieltherapie wird von einem Spieltherapeuten durchgeführt. Sie wird verstanden als

„eine lustvolle körperliche und geistige Tätigkeit, die sich selbst genügt und keine außer in ihr selbst liegenden Ziele verfolgt. (...) In ihr können Umgebungsinformationen aufgenommen werden, die durch nicht spielerische, triebgebundene Aktivitäten nie erfahren worden wären.“ (Mewe, 1997, 383)

In der Therapie werden Funktions-, Illusions-, Rezeptions-, Konstruktions-, und Regelsysteme unterschieden, die entsprechend dem Therapieziel als Mittel eingesetzt werden.

Nach Mewe (1997) beginnt die Therapie mit der Problemraumbeschreibung. In der Problemraumbeschreibung baut das Kind immer wieder diejenigen Situationen auf und spielt sie durch, die das zu behandelnde Problem enthalten.

Ein Kind leidet beispielsweise unter Zwangssymptomen, die möglicherweise durch zu hohe elterliche Erwartungen und Anforderungen entstanden sind. Somit wird das Kind immer wieder eine Begegnung mit seinen Eltern darstellen. In den häufig figürlichen Darstellungen werden durch das Kind die Eigenschaften und Verhaltensweisen der Eltern durch die kindliche Wahrnehmung beschrieben. Das Ziel der Therapie ist, dass der Patient durch die Wiederholung der Situation und das Durchspielen erkennt, dass es einen Zusammenhang zwischen den Leistungsanforderungen der Eltern und seinen Zwangssymptomen gibt.

In der nächsten Stufe wird der Problemraum strukturiert.

Das Kind ordnet seinen Problemraum, indem es beispielsweise die Aggression der Mutter einerseits und seine Zwangshandlungen andererseits in zwei unterschiedliche Gruppen ordnet. Hierbei soll z. B. erkannt werden, dass immer dann, wenn die Mutter aggressiv wird, seine Zwangshandlungen ausgelöst werden.

Mewe gibt an, dass im Erkennen der Zusammenhänge häufig das Therapieziel in der Spieltherapie erreicht ist. Der Patient kann durch die Einsicht sein eigenes Verhalten durch ein angemesseneres ersetzen. Gelingt dies nicht, so suchen das Kind und der Therapeut gemeinsam nach einem alternativen Verhalten.

Deutlich wird in dieser Therapieform das Ansprechen der Kognition als zentrales Medium. Diese Arbeitsweise setzt somit ein Kind voraus, das auf Grund seiner Entwicklung kognitiv fähig ist, diese Zusammenhänge zu erkennen und Verhaltensänderungen zu reflektieren. Es wird deutlich, dass hier offensichtlich nur Kinder mit diesen Fähigkeiten angesprochen werden können.

Der Therapeut ist während der Sitzungen stets freundlich unterstützend und dem Kind zugewandt. Es werden also keine Grenzen gesetzt oder Verhaltensweisen eingeübt, die es dem ADHS-Kind ermöglichen sich sozial adäquat zu verhalten. Somit kann die Spieltherapie in diesem Sinn weniger die primären Symptome als eher mögliche sekundäre Probleme (z. B. Sozialverhalten, Aggressionen) unter den genannten Bedingungen bearbeiten.

Bei der Entwicklung dieses Prozesses haben regulative Maßnahmen einen eher störenden Charakter. Im Hinblick auf die primäre Problematik fehlt hier ebenso das ordnende wie das strukturierende Element. Auch hier interpretiert u. a. Steinhausen (1988) diese Methode als einen therapeutischen Ansatz, der ebenfalls zu einer Verschlechterung der Problematik führt. Kinder, die Sinneseindrücke und Reize nicht adäquat filtern können, brauchen einen regulativen Rahmen, um dieses Defizit ausgleichen zu können.

Als isolierte therapeutische Indikation werden die zu erwartenden Effekte die vorgelegte Problematik eher verstärken.

Seit einiger Zeit gibt es eine modifizierte Form dieses Ansatzes. Beispielsweise im ADHS-Zentrum München wird eine veränderte Form der non-direktiven Spieltherapie in der ADHD-Therapie eingesetzt. Hier werden klare äußere Strukturen und Regeln vorgegeben. Der Therapeut ist nicht neutral, sondern er ist in das Geschehen involviert. Er spielt mit und spiegelt nicht nur. Schließlich ist die emotionale Zuwendung, die das Kind dringend bedarf, Grundlage der Intervention. Das ADHS-Zentrum berichtet von deutlichen Therapieerfolgen.

Die nondirektive Spieltherapie, insbesondere die modifizierte Form, wird später in einem eingebundenen Konzept, das zu diskutieren ist, als kommutatives Element innerhalb eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Aufwertung und Stabilisierung der Persönlichkeit eine wichtige Funktion zu haben.



### **3.3.4. Kognitive Verhaltenstherapie**

#### **3.3.4.1. Einleitung**

Die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ deutet an, dass Verhalten in bestimmter Weise modifiziert werden soll. In der gelenkten Verhaltensmodifikation wendet der Therapeut Methoden aus der Erkenntnis der Lernpsychologie und der allgemeinen Psychologie an. Menschliches Verhalten wird als ein Zusammenspiel von automatisch ablaufenden körperlichen und emotionalen Prozessen, gedanklichen Inhalten und motorischen Umsetzungen verstanden. In der therapeutischen Indikation wird von einer Störung in einem der oben genannten Bereiche ausgegangen. Störungen in den oben genannten Bereichen sollen in der Therapie durch Einsicht und durch das Erlernen von alternativen Handlungsstrategien behoben werden. Diese therapeutische Methode nimmt jeden Patienten in seiner individuellen Lern- und Sozialisationssituation wahr und analysiert den Problembereich. Nach der Entwicklung alternativer Handlungsstrategien werden diese anfangs in kleinsten Einzelschritten erprobt und gelernt. Diese Schritte werden in der weiteren Behandlung komplexer, bis schließlich die gesamte Handlungsstrategie erlernt wurde. Häufig wird in diesen Therapieansätzen mit Token-Systemen gearbeitet.

Hinsichtlich der ADHS-Symptomatik werden primär folgende Therapieziele verfolgt:

Verlängerung der Daueraufmerksamkeit  
Systematisierung des impulsiven Wahrnehmungsstils

Zur Erreichung dieser Ziele sind in der kognitiven Verhaltenstherapie verschiedene Therapiemethoden entwickelt worden, die sich bei der Therapie der genannten Symptome als erfolgreich bewährt haben. Hier ist z. B. das Selbstinstruktions- und Selbstmanagement zu nennen (Döpfner 2000).

#### **3.3.4.2. Spieltraining und Spieltherapie**

Das Spieltraining und die Spieltherapie werden vorwiegend bei Vorschulkindern im Alter von drei bis sechs Jahren eingesetzt, weil in diesem Alter die kognitive Selbstkontrollfähigkeit, die für das Selbstinstruktionstraining Voraussetzung ist, noch nicht voll entwickelt ist. Ziel dieser Intervention ist bei ADHS-Kindern die Steigerung der Spiel- und Beschäftigungsintensität und Ausdauer.

Die Therapie untergliedert sich in fünf Phasen (vgl. Döpfner 2000, 100):

1. In der ersten Phase wird ähnlich wie in der klientenzentrierten Spieltherapie eine positive und vertrauenswürdige Beziehung zum Kind aufgebaut.
2. In der zweiten Phase, der experimentellen Phase, werden unterschiedliche Strategien erprobt. Das Verhalten des Kindes wird dabei beobachtet und ein Interventionsplan wird entwickelt.

3. In der dritten Phase wird das eigentliche Problem behandelt. Ziel dabei ist der Aufbau der Spielintensität und der Ausdauer. Es kommen verschiedene Techniken zur Anwendung. Insbesondere das Ziel wird mit dem Kind besprochen. Hier ist die Bereitschaft des Kindes und das eigene Wollen die eigentliche therapeutische Kraft. Begleitend in der Umsetzung werden gemeinsame Regelabsprachen durchgeführt, die den Handlungsrahmen im Einverständnis des Kindes abstecken. Hier werden somit Grenzsetzungen in Absprache mit dem Kind manifestiert. Als weitere Methode werden verbale und aktionale Rückführungen zum Spielgeschehen eingesetzt. Beim Erreichen der Teilziele in den jeweiligen Spielsituationen werden Tokenmethoden eingesetzt. Gerade im Vorschulalter spricht das Kind auf beachtende und verstärkende Äußerungen gut an.
4. In der vierten Phase werden die Ergebnisse der vorherigen Stufen vertieft. Hier soll es zu einer Stabilisierung des Spiel- und Beschäftigungsverhaltens kommen. Dies soll vorwiegend durch zunehmende Eigensteuerung erfolgen.
5. Nach der Stabilisierung des Verhaltens wird nun das Spiel- und Beschäftigungsverhalten gesteigert. In dieser Phase werden die Eltern in die therapeutische Intervention eingebunden. Ihre Aufgabe ist das Verstehen der therapeutischen Intervention und die Übertragung dieser Methode in den familialen Alltag. In dieser Phase soll die Generalisierung der Effekte gesichert werden. Dieser Schritte entscheidet über die Effektivität dieser Methode.

Die Persönlichkeit des Therapeuten, die Therapiebereitschaft des Kindes und die Mitarbeit der Eltern entscheiden über den Erfolg dieser Intervention.

### **3.3.4.3. Das Selbstinstruktionstraining**

Diese Methode wurde von Meichenbaum und Goodman (1971) entwickelt. Da diese Methode die kognitive Selbstkontrollfähigkeit voraussetzt, sollte sie nicht angewandt werden bei Kindern im Vorschulalter, Kindern bis zum 7. Lebensjahr mit ausgeprägter ADHS-Problematisierung und bei Kindern mit verminderter Intelligenz. Diesem Training liegt die Annahme zu Grunde, dass das Kind nicht fähig ist, seine Impulsivität, motorische Unruhe und Konzentrationsfähigkeit den jeweiligen Umweltbedingungen anzupassen. Nach Sailer (1996a, 114) haben Kinder mit dieser Problematik Unsicherheiten in ihrem sprachlichen Vermögen. Sailer führt aus, dass entweder die Sprache der Kinder sich nicht adäquat entwickelt hat, so dass sie die situativen oder aufgabenbezogenen Anforderungen nicht verstehen oder nicht in der Lage sind, erkannte Lösungsmöglichkeiten zu generalisieren und als Lösungsmöglichkeiten in ihren Handlungen umzusetzen und zu übertragen.

Ziele dieser Therapieform sind:

1. Die Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeit
2. Entwicklung von Problemlösungsstrategien
3. Intensivierung der Aufmerksamkeitsspanne
4. Zunehmende Kontrolle der Impulsivität
5. Entwicklung von Handlungsplänen

Diesem Ansatz liegt das Modelllernen zu Grunde. Der Therapeut legt dem Kind Handlungsstrategien vor. Die Voraussetzung dieser Entwicklung der jeweiligen Strategien ist die Analyse der individuellen Problematik.

Ein Handlungsziel wird gemeinsam besprochen. Folgende Schritte werden beim Selbstinstruktionstraining strukturiert (vgl. Döpfner, 2000, 101):

1. Die Schwierigkeiten werden erkannt
2. Gemeinsam werden verschiedene Lösungsmöglichkeiten überlegt und abgewogen
3. Gemeinsam wird erwogen, ob die gefundenen Lösungswege dem Problem angemessen sind
4. Die Richtigkeit der Lösung wird kontrolliert
5. Schließlich soll das Kind sich für seinen Erfolg selbst bestätigen

Nachdem die einzelnen Handlungsschritte festgelegt sind, beginnt der Therapeut modellhaft in den jeweiligen Situationen sein geplantes Verhalten laut zu verbalisieren (Modelllernen). Das Kind übernimmt diese Verbalisation. Im weiteren Verlauf wird die Vorgabe des Therapeuten ausgeblendet. Das Kind nimmt zunehmend den aktiven Teil der Selbstinstruktion. Im weiteren Verlauf soll das Kind die strukturierenden Verbalisationen und die schließlich selbstgewählten Anweisungen verinnerlichen und nonverbal artikulieren. In dieser Phase werden die Eltern in den therapeutischen Prozess eingebunden. Sie werden informiert über die Vorgehensweise der Selbstinstruktion und sollen im familiären Kontext unterstützend auf das Kind einwirken. Durch die Intervention wird eine Generalisierung der Effekte der Therapie erhofft.

Diese Therapieform wurde in Deutschland insbesondere von Lauth und Schlottke (1995) und von Döpfner et al. (1998b) zu einem Handlungsmodell entwickelt.

#### **3.3.4.4. Die Selbstmanagementmethode**

Die Selbstmanagementmethode ist eine Weiterführung des Selbstinstruktionstrainings. Die Selbstmanagementmethode sucht Problemlösungsverhalten unter Verwendung des Modelllernens. Die einzelnen Stufen der Problemlösungsprozesse werden schrittweise unter sprachlicher Kontrolle gebracht. Die Weiterentwicklung des Selbstinstruktionstrainings wurde von Lauth und Schlottke (1993) entwickelt.

Hier werden die Kinder angeleitet, ihre natürliche Umgebung in Relation zu ihrem Verhalten zu registrieren und zu beobachten, für ihr eigenes Verhalten sensibilisiert zu werden und ihr eigenes Verhalten kritisch zu hinterfragen. Es wird eine relative Abstraktionsfähigkeit vorausgesetzt, welche die Kinder befähigen, sich von ihrem eigenen Verhalten zu distanzieren. Das eigene Verhalten in kritischen Situationen soll beobachtet, beurteilt und kritisch hinterfragt werden. Das Kind soll ein alternatives, angemessenes Verhalten zeigen, indem es versucht, sich an bestimmte Regeln zu halten. Es soll sein eigenes Verhalten nach kognitiv erkannten Kenntnissen beurteilen und durch das eigene Wollen verändern. Bei erfolgter Bewältigung der kritischen Situation soll das Kind sich selbst positiv verstärken. Döpfner sieht insbesondere bei Jugendlichen diese als eine zentrale Methode eigenes Handeln durch Einsicht systematisch in die gewünschte Richtung zu verändern.

#### **3.3.5 Diskussion**

Die psychologische Sichtweise vom Menschen geht ganz allgemein davon aus, dass der Mensch in seiner Entwicklung im Austausch mit seiner Umwelt Verhaltensweisen gelernt hat, um bestimmte Bedürfnisse befriedigen zu können.

Sind bestimmte Verhaltensweisen gesellschaftlich nicht erwünscht oder werden sie in diesem Kulturkreis als nicht normal eingestuft, erfolgt häufig eine psychologische oder psychiatrische Diagnose und Indikation.

Im Fall des ADHS wurden verschiedene Methoden vorgeschlagen. Es wurde in Kapitel III.3.3. die Analytische Kinderpsychotherapie besprochen. Neuhaus (1996, 205) stellt hierzu fest, dass bei einer Behandlung des ADHS mit der Methode der Analytischen Kinderpsychotherapie keine positiven Befunde belegt wurden. In der einschlägigen Literatur wird dieser Therapieansatz auch kaum erwähnt.

Weiterhin wurde die Klientenzentrierte / nondirektive Spieltherapie dargestellt. Auch hier zeigte sich, dass diese Methode in der Primärsymptomatik keine Erfolge vorweisen konnte. Ein Grund ist, wie dargelegt, die nicht strukturierende Methode, die den Kindern keine Orientierung bieten können. Steinhausen (1988) zeigte bei diesem Ansatz eher eine Verschlechterung der Symptomatik auf.

In der kognitiven Verhaltenstherapie wurde das Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und das Selbstmanagement vorgestellt. Entsprechend der Altersstufe der Kinder wird für die Vorschulkinder eher die Methode des Spieltrainings zur Verbesserung der Spiel- und Beschäftigungsintensität ausgewählt. Für Grundschulkinder wird allgemein das Selbstinstruktionstraining angewandt. Kinder höheren Alters, die fähig sind zu abstrahieren, können in das Selbstmanagements eingeführt werden.

In den beiden letztgenannten Therapien, die häufig bei ADHS angewandt werden, wird als Ziel erwartet, dass die Kinder eine problematische Situation erkennen und durch Einsicht und ihren Willen eigenes unangemessenes Verhalten verändern.

Die Erfolge der Interventionen (Fördermaßnahmen) sind in der Literatur unterschiedlich diskutiert worden. Knölker (1989, 844) gibt zu bedenken, dass die geringen Therapieerfolge möglicherweise dadurch mitgegründet sind, da

„Eltern und Kind eine Zeit hinter sich haben, die von Mißerfolgen, gegenseitiger Schuldzuweisungen und Disharmonie geprägt war. Kind und Eltern fühlen sich nicht selten wie auf einer Anklagebank, haben zum Teil resigniert oder Schaden an ihrem Selbstwert genommen.“

Döpfner und Lehmkuhl (1994, 20) stellen fest, dass durchaus in der Verhaltenstherapie deutliche Erfolge erreicht wurden. So konnten Entwicklungsrückstände und Verhaltensauffälligkeiten abgebaut werden. Jedoch auch nach einer mehrjährigen Therapie blieb etwa die Hälfte der Kinder weiter auffällig.

Die Autoren belegen, dass generell bei der ADHS-Behandlung eine langjährig kontinuierliche Begleitung über die verschiedenen Entwicklungsphasen hinweg notwendig ist, wenn nachhaltig positive Effekte erreicht werden sollen.

Stefanides (1989) führte eine der ersten großen Effektivitätsstudien zur Verhaltenstherapie im Kindesalter bei ADHS-Problematiken durch. Er stellte fest, dass im Verlauf der Therapie eine deutliche Verbesserung im schulischen Tätigkeitsbereich in Bezug der verbesserten Steuerung des Verbalverhaltens und eine Erhöhung der Konzentration beobachtet werden konnte.

Auch Lauth und Linderkamp (1995) wiesen eine deutliche Verbesserung des Arbeitsverhaltens in der Schule, der Ausdauer, der Ablenkbarkeit und eine Verbesserung der Selbstständigkeit nach. Jedoch meint Stefanides (1989, 2237) dazu:

„In der Gegenüberstellung der Daten der drei Meßzeitpunkte (Prä-, Post I, Post II) zeigten sich allerdings die Instabilität der Therapieeffekte, was zu Überlegungen zwingt, mit welchen Maßnahmen bzw. methodischen Vorgehensweisen die eingeleiteten positiven Veränderungen im kognitiven und sozialen Bereich aufrechterhalten werden können.“

Amirpour und Heimann (1992, 2048) gehen in ihrer Einschätzung zur Wirkung der verhaltenstherapeutischen Intervention weiter, indem sie feststellen:

„Die Psychotherapie hatte zwar gewisse Erfolge während der Stunde in der Alleinsituation, aber nicht wesentliche Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes und seine Frustrationstüchtigkeit in der Schule und in der Familie. Bei ehrlicher Betrachtung muß man eingestehen, daß die Adaptionfähigkeit dieser Kinder sehr begrenzt ist.“

Döpfner und Sattel (1991) relativieren diese Einschätzung, indem sie feststellen:

„Überwiegend kognitiv orientierte Interventionen, wie Selbstinstruktionstraining, haben sich nicht in dem erwarteten Maße bewährt.“

Auch Frölich (2000, 217) resümiert, dass die Problematik der ADHS-Kinder in der Fähigkeit zur Strukturierung und dem Durchhalten bspw. bei Hausaufgaben, erkannt wurde. In die Methode z. Bsp. des Selbstinstruktionstrainings wurden große Hoffnungen gelegt. Jedoch ergaben wissenschaftliche Überprüfungen eher enttäuschende Ergebnisse. Insbesondere in der Generalisierung der erreichten Effekte in der Therapie auf die natürliche Lebenssituation konnten nur im geringen Maße Erfolge nachgewiesen werden.

Saile (1996b) stellt in seiner Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlungen von Kindern fest, dass von 150 Studien (1967-1993) durchschnittlich während der Therapie die Kinder mit 27 Prozentrangpunkten eine Verbesserung zeigten.

Seine eigene Analyse bezog sich ausschließlich auf Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Er betont, dass bei dieser Analyse nicht ausschließlich das Selbstinstruktionsverfahren als das bekannteste Verfahren überprüft wurde, sondern weitere Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie eingingen.

Die Überprüfung der Daten bezog sich auf 1507 Kinder in 44 Studien. Insgesamt stellte er fest, dass bei relativ kurzen Trainingszeiten von sechs bis acht Sitzungen Leistungen der Kinder bei Denk- und Problemlösungen durch Einsatz von verhaltenstherapeutischen Techniken verbessert wurden. Diese kurzfristigen Erfolge bedürfen jedoch der weiteren längerfristigen Stabilisierung.

Saile vergleicht in seiner Analyse Effekte für die Bereiche: Verhaltenstherapeutische Techniken, Selbstinstruktionstraining, Entspannung, Biofeedback, Elterntraining und Behandlungspakete. Die Auswertung der Effektstärken ergab folgende Ergebnisse:

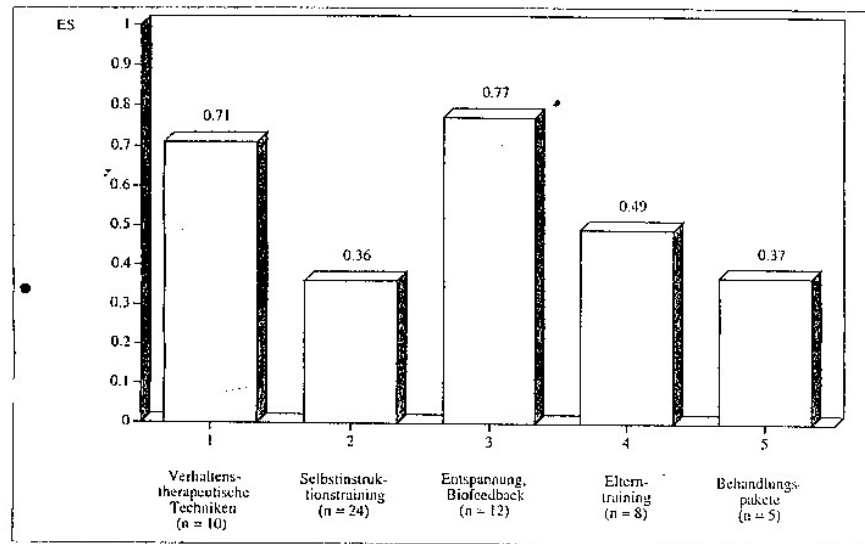


Abb. 4

(aus Saile 1996, 113)

Hierzu stellt er fest (1996 b, 202):

„Obwohl dieses Verfahren [Selbstinstruktionstraining (Anm. d. Autors)] sicherlich am häufigsten Bestandteil der psychologischen Therapie sein dürfte, schneidet es neben den kognitiv-behavioralen Behandlungspaketen am schlechtesten ab.“

Am besten zeichnen sich die Entspannungs- und Biofeedbackverfahren aus (vgl. Kap. II. 3.5.5.)

Saile weist daraufhin, dass die Effektüberprüfungen in der Regel zum Abschluss der Behandlungen durchgeführt wurden. Über längerfristige Katamnesen gibt es kaum Untersuchungen. In den Untersuchungen, die Saile überprüft hat,

„konnte ein Fortbestehen der Veränderungen nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil, die negativen Effektstärken für Katamnesen, die länger als neun Monate nach Behandlungsende erfolgten bedeuteten, daß die behandelten Kinder schlechtere Werte erreichten als die unbehandelten Kontrollgruppen.“ (Saile 1996a, 116)

Saile (1996a, 114) stellt fest, dass die Auffälligkeiten und Probleme des ADHS zu komplex sind, als dass sie allein durch verhaltenstherapeutische Techniken behoben werden könnten. Frölich (2000, 217) betont, dass trotz dieser Ergebnisse den verhaltenstherapeutischen Techniken eine wesentliche Bedeutung bei der Behandlung des ADHS-Problems zukommt, wenn soziale Konfliktmuster im Grundproblem vorliegen.

### **3.4. Pädagogische Interventionsversuche**

#### **3.4.1. Einleitung**

Die Situation der Kinder, beziehungsweise die Sozialisationsbedingungen in der Schule und im Elternhaus lassen eine ADHS-Symptomatik nicht primär entstehen. In der Ausprägung des ADHS jedoch und in der Entwicklung von Sekundärproblemen haben die psychosozialen Faktoren einen wichtigen Einfluss auf den Verlauf der Verhaltensauffälligkeit.

Zunehmend werden Eltern und Lehrer auf Grund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen verunsichert. Die Leistungserwartungen der Eltern und Lehrer an die Kinder sind oft sehr hoch. Erwartet wird die Bereitschaft der Kinder einerseits entsprechende Schulleistungen zu erbringen, andererseits sich in ihrer Persönlichkeitsreife den gesellschaftlichen Forderungen nach Selbstständigkeit, Kreativität und Flexibilität bei gleichzeitiger schnelleren Anpassungsbereitschaft an gegebenen Situationen zu entwickeln.

Kommt es in diesem psychosozialen Netz zu Konflikten, indem das Kind verhaltensauffällig im Elternhaus und Schule wird, werden die Ursachen dieses Verhaltens gesucht. Häufig kommt es zwischen den Eltern zu Anklagen bzw. der Wahl der Erziehungsmethoden. Schließlich kommt es zwischen den Eltern und Lehrern zum Konflikt, die sich möglicherweise gegenseitig die Schuld für das Fehlverhalten des Kindes geben. Von beiden Seiten wird erheblicher Druck auf das Kind ausgeübt. In der weiteren Entwicklung kann es zu ausgeprägten Verhaltensstörungen und Leistungsabfall kommen. Eine Verschärfung des Konfliktes ist unvermeidbar. In dieser Situation wird es notwendig, pädagogisch-therapeutisch zu intervenieren.

#### **3.4.2. Therapeutische Interventionen in der Schule**

Die Schule, konkret der/die LehrerIn, hat in erster Linie den Bildungsauftrag des Staates zu verwirklichen. Neben der Wissensvermittlung hat der/die LehrerIn auch die Aufgabe, die Normen und Werte unserer Gesellschaft zu vermitteln und die Kinder sozial zu befähigen, dass sie sich in einer Gemeinschaft integrieren können.

Bei einer ADHS-Symptomatik im Klassenzimmer kommt es gleich in der Schule zu mehreren Problemen. Durch die motorische Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen und die Impulsivität kommt es in den Pausen, im Unterricht und insbesondere in den Stillarbeitsphasen zu erheblicher Unruhe. Das Kind redet in den Unterricht hinein, beginnt ein Gespräch mit dem Nachbarn, steht auf, läuft zum Papierkorb, wirft dabei die Schultasche eines Mitschülers um und verfällt letztlich in eine Clownrolle. Die Konflikte zwischen diesem Kind und der Lehrerin, sowie schließlich auch mit den Mitschülern, verschärfen sich. Die Eltern werden zu einem Gespräch gebeten und der oben aufgezeigte Konflikt beginnt.



Häufig sind insbesondere die LehrerInnen in der Grundschule oder die ErzieherInnen im Kindergarten kaum oder gar nicht über dieses Syndrom informiert. In diesem Fall wird die Schuld bei der Lehrerin und den Eltern gesucht. Das Kind wird als böswillig eingestuft, das bewusst den Unterricht stören will. Die LehrerInnen fühlen sich oft hilflos. Sie wissen nicht, wie sie sich verhalten und die Unruhe steuern sollen. Diese Kinder lösen Stress aus und es kommt zu nicht adäquaten Reaktionen:

„Der Herzschlag wird schneller, die Atmung flacher. Das Blut entweicht aus den Armen und Beinen. In dieser Erregung werden oft Dinge gesagt und getan, die später zu bedauern sind.“ (Krowatschek 1996,1).

In dieser Situation befürchtet der/die LehrerIn „ihr Gesicht zu verlieren“. Treten diese Fälle ein, haben die Lehrkräfte nach Krowatschek (1996,2) drei Techniken entwickelt:

- „1. Mit verbaler Aggression, Notendruck und/oder Ironie;
2. mit Hilfe der Umdeutung von Information zum eigenen Vorteil;
3. durch das Ignorieren positiver Verhaltensweisen.“

Der zunehmende Druck auf das Kind provoziert weitere auffällige Verhaltensweisen. Der Grund ist, dass das ADHS-Kind außerordentlich verwundbar ist. Kinder in der Grundschule durchschauen oft ironische Bemerkungen nicht. Sie fühlen sich durch die abwehrende Haltung der LehrerInnen angegriffen. Oft können diese Kinder sich nicht verbal verteidigen. So reagiert das Kind mit hinterlistiger oder offener Aggression.

Welche Hilfen können in dieser Situation sinnvoll sein? Der erste und wichtigste Schritt ist, dass die LehrerInnen über das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom informiert werden.

1. Der erste und wichtigste Schritt ist die Information über das Syndrom. Einigen Schulämter bieten erste Fortbildungsseminare an, die in das Syndrom einführen. Immer stärker werden auch Fortbildungen z.B. in Edu-Kinesthetik, Psychomotorik u.ä. genutzt. Auch finden Beratungen durch SonderschullehrerInnen von Förderschulen in Einzelfällen statt. Hier haben die Lehrkräfte Gelegenheit, andere mögliche betroffene KollegInnen kennen zu lernen und sich auszutauschen. In diesen Seminaren werden häufig wichtige Tipps für die Praxis vermittelt. Weiterhin gibt es inzwischen einige Veröffentlichungen, die sich auch auf den Schulalltag beziehen.

2. In der Frage der therapeutischen Interventionen in der Schule gibt es nur begrenzte Möglichkeiten. Zum einen kann der/die LehrerIn als Co-TherapeutIn bei kognitiven Verhaltenstherapien eingesetzt werden. Dies fordern einige Autoren wie Lauth und Schlottke oder auch Döpfner in den von ihnen entwickelten Trainingsprogrammen. Die Schule als die zweite Sozialisationsinstanz nach der Familie hat hier sicherlich eine wichtige Bedeutung. Inwieweit diese Mitarbeit leistbar ist, bleibt zweifelhaft.

Einen Versuch, die Therapie in den Unterricht zu bringen wurde von Dieter Krowatschek (1996) unternommen. Er entwickelte ein Therapieprogramm mit dem Titel: Überaktive Kinder im Unterricht.

Das Programm basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und soll von den LehrerInnen im Unterricht integriert werden. Hierbei soll nicht nur mit dem ADHS-Kind gearbeitet werden, sondern mit einigen weiteren ausgewählten Mitschülern.

Ziel der integrativen Therapie ist

die Selbstakzeptanz und Akzeptanz anderer  
die Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung anderer  
die Sensibilisierung der eigenen Gefühle und Wahrnehmung der  
Gefühle anderer Menschen

Das Programm basiert auf der Rational-Emotiven-Therapie (RET) von A. Ellis (1982<sup>3</sup>). Das Hauptziel ist es irrationale Gedanken und Meinungen aufzulösen und sie durch rationale Lebensanschauungen zu ersetzen.

Krowatschek (35) zitiert den Philosophen Epiktet (\*50 v. Chr.):

„Nicht die Dinge beunruhigen die Menschen, sondern ihre  
Meinung über die Dinge“

Ellis geht davon aus, dass nicht die eigentlichen Ereignisse emotionale Störungen auslösen, sondern die Gedanken, Meinungen und Bewertungen hierüber. Die Methoden, mit denen Krowatschek in seinem Trainingsprogramm arbeitet, stammen aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Zum einen arbeitet er mit Verstärkerplänen: Im Unterricht soll das gewünschte Verhalten durch den/die LehrerIn verstärkt werden. Zum anderen soll das unerwünschte Verhalten durch den/die LehrerIn ignoriert werden. Kinder brauchen Aufmerksamkeit, Anerkennung und Zuneigung. In den Fällen, in denen Kinder in eine negative Rolle geraten sind, versuchen sie diese Bedürfnisse durch negative Aufmerksamkeit auszugleichen. Wenn ein/e LehrerIn nun nicht auf die Provokationen reagiert, wird diese schließlich vom Schüler, so die Theorie, eingestellt.

Mit diesem Ansatz können negative Verhaltensweisen gesteuert werden, die vom Kind gelernt wurden. Inwieweit dieser therapeutische Ansatz die Basissymptomatik beeinflussen kann ist fraglich.

Wichtig für der/die LehrerIn in der Konfliktsituation ist die erste Forderung Krowatscheks, indem er sagt, dass der/die LehrerIn sich auf die Schwierigkeiten des Kindes vorbereiten soll. Diese Vorbereitung soll in der Form geschehen, in der der/die LehrerIn anfangs nicht die Verhaltensweisen des Kindes, sondern die eigenen Verhaltensweisen in den Konfliktsituationen beobachtet. So kann es der Lehrkraft gelingen, die Konfliktsituationen steuerbar zu halten und eigene provozierende Reaktionen einzustellen.

Schließlich stellt Krowatschek (1) zum Problem des ADHS-Kindes im Unterricht fest:

„Lehrkräfte wünschen sich Strategien, die auf möglichst viele Kinder anwendbar sind. Das ist außerordentlich schwierig zu beantworten. Probleme und Vorgehensweisen wurden oft schon mit KollegInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen hinlänglich diskutiert. Viele Vorschläge wurden gemacht. Als Fazit bleibt oft die bittere Erfahrung, dass keiner dieser Vorschläge funktioniert hat.“

Wichtig für die Handlungsfähigkeit der LehrerInnen und der Vermeidung eigener katapultierender Verhaltensweisen sind Tipps und Strategien für den Unterricht, die sich in der Praxis bewährt haben.

Wie anfangs dargestellt ist das Wissen um das Syndrom entscheidend. Nicht der/die LehrerIn wird bewusst provoziert, sondern das Kind leidet an einer Symptomatik.

Auch Trott (1990, 282) fordert die Akzeptanz des Krankheitswertes des Störungsverhaltens. Weiterhin fordert er die Veränderung eingefahrener Verhaltensmuster und schließlich in der konkreten Situation Empfehlungen für den aktuellen Erregungszustand.

Hösch und Schmidt (1997,133) weisen hin:

„In unserem gesellschaftlichen Kontext ist ein erfolgreicher Schulbesuch eine der Hauptvoraussetzungen für die soziale Integration und eine produktive Lebensgestaltung. Es ist daher von größtem Interesse, möglichst frühzeitig zu erkennen, welche Kinder in ihrer schulischen Entwicklung gefährdet sind.“

Dies gilt nicht nur für ADHS-Kinder, sondern auch für Kinder, die generell in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Insbesondere jedoch ist es wichtig, frühzeitig ein ADHS zu diagnostizieren, um negative Verhaltensschemata nicht zu stabilisieren und geeignete Strategien zu entwickeln, die dem Kind die Mitarbeit im Unterricht weiterhin ermöglichen. Hier sind insbesondere auch der/die ErzieherInnen in den Kindergärten aufgefordert, sich umfassend über das Syndrom zu informieren, um schon vor Schulanfang eine Förderung für diese Kinder einzuleiten.

3. Entscheidend sind für das ADHS-Kind klare Strukturen. Kinder, die leicht auf neue Reize reagieren und sich schnell ablenken lassen, brauchen klare eindeutige Regeln und Strukturen, nach denen sie sich richten können. Ein straff strukturierter Schulalltag gibt den Kindern Sicherheit und Orientierung. Diese Forderung ist mit neueren methodischen und didaktischen Ansätzen, wie Wochenplanarbeit und offener Unterricht nur schwer zu koordinieren. Hier müssen andere Methoden eingeführt werden, die dem Kind ermöglichen zu lernen.

In der Klasse sollte das Kind nicht umgesetzt werden. Es braucht einen festen Sitzplatz, von dem aus es sich in der Klasse orientieren kann. Dieser Platz sollte möglichst nicht in der Mitte des Klassenraumes sein, da hier die Reize am größten sind. Weiter sollte der Platz von dem/der LehrerIn gut beobachtbar und erreichbar sein. Körperliche Nähe und Körperkontakt können Kinder beruhigen und eine Hilfe bei der inneren Sammlung sein.

Bei der Frage nach der Wahl eines Arbeitsplatzes sollte darauf geachtet werden, dass das Kind sich in die Klassengemeinschaft integrieren kann. Somit ist ein kleiner Gruppentisch mit ruhigeren Kindern sicherlich von Vorteil, während ein Einzeltisch eher isoliert. In Stillarbeitsphasen, Phasen also, in denen eine hohe Konzentration bei motorischer Ruhe gefordert wird, kann das Kind auf Verlangen einen Einzeltisch wählen um konzentrierter arbeiten zu können. Kinder mit der Symptomatik fordern häufig von sich aus diese Möglichkeit.

Ein Problem im Unterricht ist der Bewegungsdrang der Kinder. Neuhaus entwickelte die Idee, dem Kind häufiger kleine Aufgaben und Aufträge zu geben, so dass es die Möglichkeit zur Bewegung hat. Neuhaus (1996, 174ff) hat einige Punkte zusammengetragen, die sich in der Unterrichtspraxis bewährt haben:

„Ein Ansprechen des Kindes mit häufigem Blickkontakt oder kurzer Körperkontakt durch Berühren führt dazu, daß das Kind die Aufmerksamkeit besser auf den Lehrer richten kann.

Anweisungen müssen in einfachen Worten gegeben werden, immer wieder andersartige Erklärungssätze verwirren das Kind.

Anforderungen müssen angekündigt werden, mit der Rückversicherung, daß das Kind die Ankündigung auch wahrgenommen hat.

Das Kind sollte Anforderungen wichtiger Art möglichst mit seinen eigenen Worten wiederholen müssen.

Die Hinweissignale für Übergänge im Unterricht müssen klar definiert sein (Rechnen ist jetzt zu Ende. Bitte das Rechenbuch vom Tisch. Wir brauchen jetzt das Lesebuch!).

Beim Arbeiten darf auf dem Tisch des Kindes nichts liegen, was es ablenken könnte.

Für spezifische Aufgaben müssen spezifische Zeiten gegeben werden.

Eine Arbeitsphase muß bei Ruhe in der Klasse erfolgen.

Gestellte Aufgaben müssen kontrolliert werden (auch Hausaufgaben) (Weiterhin muß das Notieren der vollständigen Hausaufgaben überprüft werden [Anm. d. Autors]).

Das Kind braucht häufig Rückmeldung (verbal oder nonverbal) für das, was es tut.“

Aust-Claus und Hammer (1999,170) ergänzen hier, dass der/die LehrerIn, evtl. gemeinsam mit den Eltern, herausfinden solle, wo die besonderen Stärken des Kindes liegen. Ein positiver Ansatz zeigt dem Kind, was es gut kann.

Welche Probleme das Kind hat, weiß es selbst. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der regelmäßige gegenseitige Austausch zwischen LehrerIn und Eltern. So können die Eltern die schulische Situation realistischer überblicken, die Eltern sind mit dem Problem nicht allein und der/die LehrerIn kann die häusliche Situation besser einschätzen. So können negative Effekte und Kreisprozesse vermieden oder unterbrochen werden.

Schließlich fühlt das Kind sich positiv von der Lehrerin angenommen, wenn die Atmosphäre in der Klasse freundlich zugewandt und liebevoll konsequent gehalten ist.

Diese pädagogischen Maßnahmen lösen zwar nicht die primäre Problematik, sind aber ganz entscheidend bei der Entwicklung von Sekundärproblematiken.

### **3.4.3. Therapeutische Interventionen im Elternhaus**

Auch im Elternhaus ist die Information über das Syndrom wichtige Voraussetzung für das gegenseitige Verständnis. Nur wenn das Problem erkannt wurde, können gegenseitige Schuldzuweisungen, die Manifestation von problematischen Verhaltensweisen zwischen den Eltern und dem Kind und schließlich ein möglicher Zusammenbruch der Familie verhindert werden. Folgen familiärer Auseinandersetzungen zeigen Aust-Claus und Hammer (1999,177) auf:

- „- Kinder mit „ADS+H“ (ADS mit Hyperaktivität) können immer bockiger und aggressiver werden
- Kinder mit „ADS-H (ADS ohne Hyperaktivität) ziehen sich oft immer mehr zurück
- Mütter verzweifeln und stehen am Rand eines Nervenzusammenbruchs
- Väter gehen lieber arbeiten als zu Haus zu bleiben
- Viele Ehen gehen wegen diesen „schwierigen Kindern“ auseinander“

Bei der Bewältigung einer ADHS-Symptomatik hat das Elternhaus eine wichtige Bedeutung. Die Eltern haben auf ihre Kinder einen hohen Einfluss. Durch ihre Reaktionen auf das Verhalten des Kindes werden die Ausprägung und die Entwicklung von Sekundärproblemen nachhaltig beeinflusst. Die häusliche Situation gibt oder nimmt dem Kind den Grad an Selbstvertrauen und Sicherheit. Bei der näheren Überprüfung der familiären Belastungsfaktoren wurde immer wieder bei Elterntrainings und familientherapeutischen Interventionen die Frage gestellt, in welchen konkreten Situationen es in der Familie zu Konfliktsituationen kommt.

D. Breuer und M. Döpfner (1997), 586 zeigen in ihrer Untersuchung zu dieser Frage folgende Ergebnisse:

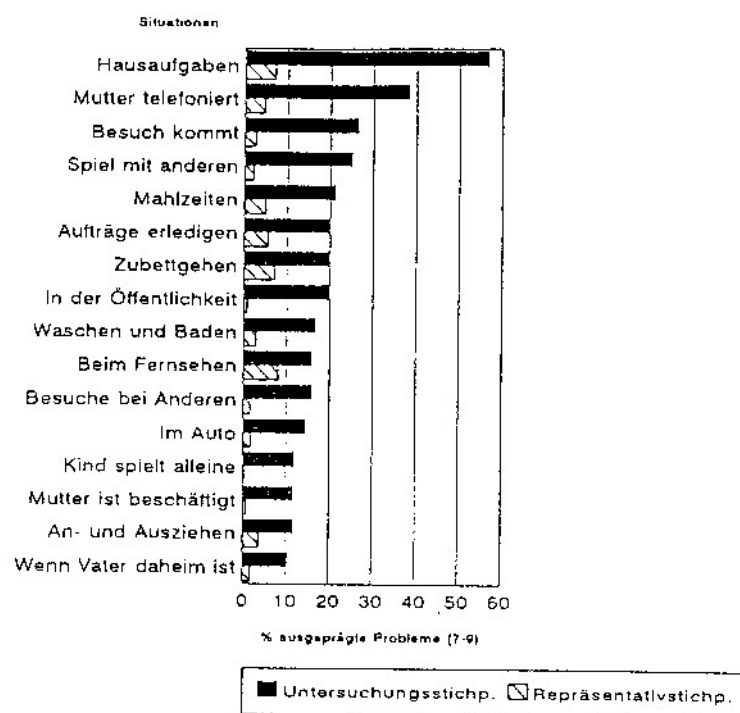


Abb. 3

Es wird deutlich, dass insbesondere dann die Kinder diese Verhaltensweisen zeigen, wenn die Mutter ihre Aufmerksamkeit anderen Personen (Besuch kommt, telefonieren) widmet, im sozialen Kontakt mit anderen Kindern und bei der Erledigung lästiger Aufgaben (Aufträge erledigen, Zubett gehen) und in Situationen, in denen Ruhe gefordert wird (Mahlzeiten, Hausaufgaben u.ä.). Insbesondere bei den Hausaufgaben zeigen die Kinder das volle Bild des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms. Die Ursachen hängen einmal mit der geforderten Ruhe und Konzentration zusammen, andererseits häufig auch mit den Erfahrungen im Unterricht. Weiterhin sind Hausaufgaben, die in der Freizeit angefertigt werden sollen, für Kinder einfach lästig. In dieser Zeit könnte das Kind interessanteren Tätigkeiten nachgehen.

Ähnlich wie für die Schule gibt es auch für das Elternhaus relativ wenige therapeutische Interventionsvorschläge.

Bei einem hohen Grad der familiären Konflikte und einer zunehmend desolaten Beziehungsstruktur innerhalb der Familie soll der Fokus auf die Familie erweitert werden (z. B. Partnerschaftskonflikte), weil es in diesem Stadium nicht nur beim Kind, sondern auch bei den übrigen Familienmitgliedern zu problematischen Konstellationen gekommen sein kann. In diesem Fall sollte die ganze Familie familientherapeutisch betreut werden.

Eine neuere Methode der familiären therapeutischen Intervention stellen Wels, Jansen und Kreuzer (2000/269) vor. Es ist die Methode des Video-Home-Trainings. Dieses Training wurde Ende der 70er Jahre in den Niederlanden entwickelt. Seit Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre wurde es gezielt staatlich gefördert. Auf Grund der guten Erfolge fand es rasche Verbreitung. Diese Methode arbeitet nach sechs Leitprinzipien, den sogenannten „golden principles“ (273f):

- „- mit der ganzen Familie und nicht nur mit dem Kind arbeiten
- dem Kind und seinen Eltern und nicht den Professionellen erlauben, die Tagesordnung zu planen; mit ihnen zusammenarbeiten, anstatt für sie zu arbeiten
- auf positive und produktive Art arbeiten, Schritt für Schritt, um pragmatische und realistische Ziele erreichen
- in jedem Stadium nur mit den Details arbeiten, die die Familie kennt und fähig ist zu verstehen
- auf Stärken aufbauen statt Probleme zu betonen, sich auf Möglichkeiten und Mittel der betroffenen Personen konzentrieren
- die Unterschiede in den Familien erkennen und die spezifischen kulturellen, ethnischen und religiösen Traditionen, in denen sie sich unterscheiden, respektieren“

Nachdem von den Eltern der Hilfebedarf dargestellt wurde, werden Videoaufnahmen von kleinen Situationen im häuslichen Bereich gemacht. Diese Aufnahmen werden analysiert und positive entwicklungsfähige Sequenzen mit den Eltern besprochen. In der Folge wird diese Sequenz wiederholt. Die Methode arbeitet nach dem Prinzip des „Modell-Lernens“. Die Intervention wird in der Regel mit 8 bis 12 Einheiten (Video/Gespräch) durchgeführt.

Weitere therapeutische Interventionen sind aus den multimodalen Behandlungsansätzen bekannt. Die familiäre Intervention ist ein Teilbereich eines kognitiven verhaltenstherapeutischen Ansatzes. Dieser Ansatz wird als Form einer Elternberatung verstanden und wurde insbesondere von Lauth und Schlottke (1995) sowie von Döpfner, Schürmann und Frölich (1998b) entwickelt. Diese Ansätze gehen zum Teil auf die Methoden von Müller und Moskau (1978) zurück.

In den Ansätzen werden die Eltern anfangs über das ADHS informiert und Erziehungsprobleme aufgezeigt. Bei der anschließenden Erarbeitung der Therapieziele werden konstruktive Ziele verfolgt. Die Eltern werden informiert, dass schwierigen Erziehungssituationen keine bewussten Provokationen vorausgehen, sondern die problematische Situation wird als eine Abfolge von Verhaltensweisen uminterpretiert.

Schwerpunkt der Arbeit ist also nicht das Aufzeigen des Fehlverhaltens, sondern eine Sensibilisierung für die Abfolge des Verhaltensprozesses. Bei der Besprechung der Verhaltensprozesse wird gemeinsam überlegt, durch welches Verhalten der Prozess in eine andere, gewünschte Richtung gelenkt werden kann.

Folgende Punkte werden von Döpfner (2000, 95) als nützlich angesehen:

1. Identifikation spezifischer Problemsituationen und Problemverhaltensweisen (Zielprobleme) in der Familie und Kontrolle ihres Verlaufs.
2. Analyse positiver und negativer Konsequenzen für angemessenes und für auffälliges Verhalten (Verhaltensanalyse) gemeinsam mit den Eltern. Meist zeigt sich ein inkonsequentes Erziehungsverhalten mit unklaren Familienregeln und fehlenden positiven und negativen Konsequenzen bei angemessenem bzw. problematischem Verhalten.
3. Wenn negative Eltern-Kind-Interaktionen dominieren, sollten zunächst Interventionen zur Steigerung der positiven Aufmerksamkeit und Zuwendung der Eltern zum Kind auch während spezieller Spielzeiten durchgeführt werden.
4. Anleitung der Eltern zum wirkungsvollen Äußern von Aufforderungen und von Grenzsetzungen sowie von Zuwendung, wenn Aufforderungen und Grenzen beachtet werden. Diese Verhaltensweisen sollten in individuellen Situationen eingeübt werden.
5. Erarbeitung von angemessenen negativen Konsequenzen bei auffälligem Verhalten des Kindes. Diese Konsequenzen sollten eng mit dem Problemverhalten verknüpft sein und sie sollte jedes Mal erfolgen, wenn das Problemverhalten auftritt. Diese Verhaltensweisen sollten in individuellen Situationen eingeübt werden.



6. Anwendung von Token-Systemen, um angemessenes Verhalten in spezifischen Situationen zu verstärken. Als Eintauschverstärker sollten beliebte Aktivitäten materiellen Verstärkern vorgezogen werden.
7. Anwendung von Verstärker-Entzugs-Systemen (response cost), um besonders häufiges Problemverhalten zu verhindern.
8. Anwendung von Auszeiten vor allem bei ausgeprägten Formen von oppositionellem Verhalten und wenn negative Konsequenzen auf das Problemverhalten (siehe Punkt 5) nicht hinreichend erfolgreich sind. Diese Intervention muss besonders sorgfältig durchgeführt werden.
9. Im Jugendalter werden statt Token-Systemen therapeutische Verträge eingesetzt und Selbstmanagement-Verfahren vermehrt benutzt. Problemlöse- und Kommunikationstrainings sowie Methoden der kognitiven Umstrukturierung werden zur Verminderung von Konflikten zwischen Eltern und Adoleszenten eingesetzt.

Neben der bewussten Steuerung kritischer Verhaltensprozesse wird von den Eltern eine veränderte Grundhaltung gegenüber den Kindern gefordert.

Naumann (2000/214) nennt hier folgende zentrale Punkte:

Wohlwollen zeigen, auf das Kind eingehen, positive Ansätze erkennen und diesen Beachtung schenken,

feste Regeln und verlässliche Routine einführen (etwa ein „Zubettgehritual“)

dem Kind durch strukturierende Hinweise helfen, selbst zu einer richtigen Lösung zu gelangen (etwa prozessorientierte Hilfe bei den Hausaufgaben geben).

Indem das Kind sich angenommen fühlt und kritische Situationen im Elternhaus entschärft werden, soll der Therapieerfolg in der eigentlichen verhaltenstherapeutischen Arbeit mit dem Kind unterstützt werden.

Ältere Ansätze in der Elternberatung gingen von Defiziten in der elterlichen Erziehungskompetenz aus. In den neueren Ansätzen wird nach Möglichkeiten gesucht, die Akzeptanz, Wirksamkeit und die Stabilität einer Behandlung zu verbessern. Dies geschieht, indem der enge Fokus auf die Eltern – Kind - Dyade erweitert wird auf zusätzliche Kommunikationsstörungen in der Familie (vgl. Döpfner 1996b, 128).

Neben den therapeutischen Interventionen sind pädagogische Maßnahmen in der Erziehung sinnvoll, die dem Kind helfen, sich zu akzeptieren und sich selbst besser zu steuern.

Entscheidend ist die Information über das ADHS sowohl bei den Eltern als auch beim Kind. Das Kind versucht nicht bewusst seine Eltern zu provozieren,, sondern es hat Verhaltens- und Konzentrationsprobleme. Ist dieses akzeptiert, können die Eltern gelassener mit den kritischen Situationen umgehen. Wichtig im Elternhaus ist, wie auch in der Schule, ein klar strukturierter Tagesablauf. Einige Autoren schlagen bei älteren Grundschulkindern Regelpläne vor, die mit dem Kind schriftlich fixiert werden (vgl. Neuhaus 1996, 123).

Diese Pläne können dem Kind eine verbesserte Orientierung geben und unterstützen es bei der Selbstbewältigung der Problematik.

Weiterhin sollte es klare Regeln in der Familie geben, die das Miteinander in der Familie strukturieren. Bei Regelverstößen können die Eltern auf die bestehende Regel hinweisen, die von dem Kind akzeptiert wurde. In diesen Situationen sollten die Eltern sich nicht auf eine Diskussion einlassen, sondern lediglich kurz verweisen.

Allgemein sollten Eltern ihre Aussagen klar und deutlich formulieren. Wenn die Eltern einmal ein „Nein“ geäußert haben, sollte diese Aussage auch konsequent durchgehalten werden.

Neben diesen Grundregeln entscheidet die allgemeine Atmosphäre in der Familie, in welcher Form die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern getragen werden.

#### **3.4.4. Diskussion**

Das Trainingsprogramm überaktiver Kinder im Unterricht von Krowatschek basiert auf Elementen der rationalen Verhaltenstherapie. Wie in Kapitel I.3.3. dargestellt ist während der Therapie eine deutliche Zunahme der Verhaltensbesserung zu erwarten. In der kognitiven Verhaltenstherapie belegen die wenigen Untersuchungen über Langzeiteffekte einen deutlichen Rückgang der positiven Befunde.

In der Literatur ist dem Autor keine empirische Arbeit bekannt, welche die Methode von Krowatschek erprobt und auf therapeutische Effekte überprüft hat.

Ein Grund dieser reziproken Entwicklung liegt sicherlich in dem Rückgang und dem Ausbleiben der verbalen Verstärker und Token-Systeme nach Abschluss der Therapie.

Dieser Befund kann weniger in der Schule erwartet werden, wenn die Therapie von den LehrerInnen als Co-TherapeutInnen durchgeführt wurde. Da sicherlich die Symbole, Zeichen und Regelvereinbarungen nach der Therapie im Unterricht fortgesetzt werden und einzelne Therapieblöcke im Bedarfsfall wiederholt werden können, ist von relativ hohen positiven Effekten in der Verhaltensproblematik auszugehen.

Hinsichtlich der Basissymptomatik setzt Krowatschek Entspannungsmethoden ein. Diese wurden von Saile als die Methode überprüft, die in der kognitiven Verhaltenstherapie die höchsten Effekte erreichten. Krowatschek selbst weist auf die außerordentlich guten Reaktionen der Kinder hin.

Schließlich setzt er ein Konzentrationstraining, das Marburger Konzentrationstraining, ein. Dieses Training, das von ihm mit entwickelt wurde, arbeitet nach dem Konzept von Meichenbaum und Goodman (1971), wobei die Kinder innerlich sprechen. Die positiven Effekte dieses Trainings bei konzentrationsschwachen Kindern sind aus der Literatur bekannt.

Somit kann abschließend festgestellt werden, dass diese Intervention für die Schule auch längerfristig Therapieerfolge erwarten läßt. Inwieweit tatsächlich in der Praxis die Lehrkräfte bereit sind, sich in dieser Methode fortbilden zu lassen und inwieweit im Unterricht dieses Training tatsächlich realisiert werden kann (räumliche, zeitliche und personelle Probleme), bleibt abzuwarten.

Saile (1996a, 117) weist daraufhin, dass das ADHS immer auch ein familiäres Problem ist (vgl. Kap. VI.8.). Ob sich Therapieerfolge im Unterricht generalisieren lassen und auf andere Bereiche übertragen werden können, muss noch erhoben werden.

Die Forderung an die LehrerInnen, sich über das Syndrom zu informieren, ist als Grundlage zur Reduktion negativer Faktoren in der Intensität und Ausprägung des Syndroms durch die Schule zwingend.

Nur jene PädagogInnen, die informiert sind, können ein Verständnis für die Verhaltensstörungen entwickeln und möglicherweise eigene für das ADHS-Kind provozierende Verhaltensweisen abstellen. Eine Strukturierung des Schulalltags, klare Regeln und verabredete Zeichen helfen dem Kind, sich zu orientieren. So wird eine Ausweitung der Symptomatik beziehungsweise die Entwicklung von Sekundärproblemen durch die Schule reduziert oder verhindert. Als flankierende Maßnahme bewirken sie bei dem ADHS-Kind sicherlich positive Effekte. Als Einzelmaßnahme wird jedoch die Basissymptomatik nicht wesentlich abgemildert.

Ähnliche Forderungen wurden auch für den familiären Bereich aufgestellt. Neben der Information der Eltern über die ADHS-Problematik sollten die Eltern den Familienalltag durchstrukturieren und eindeutige Rituale mit dem Kind festlegen. Schließlich sollten sie ihr Erziehungsverhalten insofern ändern, als sie klare eindeutige Aussagen machen und konsequent in ihrem Verhalten sind.

Wichtig ist das positive, dem Kind zugewandte Verhalten der Eltern. Diese Maßnahmen sind für das Kind von entscheidender Bedeutung. Wenn das Kind sich angenommen fühlt und spürt, dass seine Eltern Verständnis für seine Situation haben und die Eltern ihm durch Strukturierung helfen, die Symptomatik selbst besser zu steuern, ist die Basis für eine Verhaltensbesserung gelegt (vgl. Kap. V.7.).

Inwieweit jedoch Eltern dies ohne Hilfe von Außen leisten können, bleibt fraglich. Häufig haben sich in der Familie Strukturen manifestiert, die negative Einflüsse auf das Verhalten des Kindes haben. Diese Strukturen sind häufig schwer von Eltern zu erkennen und ohne Hilfe zu verändern.

In Kapitel II. 3.4.3. wurde eine niederländische Methode, das Video Home Training (VHT), dargestellt. Diese Methode kann die oben dargestellten Strukturen durch Videos visuell sichtbar machen. Eltern können hier eigene familiäre Strukturen erkennen und alternative Verhaltensweisen mit dem begleitenden Therapeuten entwickeln.

Eine Langzeitstudie an der Universität in Nijmegen, NL, belegt gute Effekte im Erziehungsverhalten der Eltern (vgl. Wels; Jansen; Kreuzer 2000, 282f). Es konnte nachgewiesen werden, dass es positive Veränderungen im elterlichen Stress und wahrnehmbaren kindlichen Verhalten gab. Damit ist belegt, dass diese therapeutische Intervention

„positive Effekte auf die Kognition der Eltern im Erziehungsprozeß bei einem Kind mit Aufmerksamkeitsproblemen hat. Eltern, die VHT erhalten haben, berichteten, daß sie sich für die schwierige Aufgabe, ein Kind mit diesen Problemen großzuziehen, besser ausgerüstet fühlen und dass sie ihr Kind als weniger schwierig wahrnahmen. Diese positive Veränderung halten für mindest sechs Monate nach dem Training an.“ (ebd. 282).

Die erreichten Effekte können jedoch nicht generalisiert werden. Die LehrerInnen fanden in der Schule keine signifikanten Veränderungen in der Einschätzung des Verhaltens der Kinder nach einer Periode des VHT.

Begründet wird dieser Effekt unter anderem damit, dass das VHT nicht auf die Schulsituation fokussiert. So erscheint das Video Home Training, eine Methode, die in Deutschland zunehmend bekannter wird, eine gute Methode zu sein, negative elterliche Einflüsse auf die Basisproblematik zu steuern.

Wenn sich die familiäre Situation für das ADHS-Kind entspannt und das Kind sich zunehmend durch die Eltern angenommen fühlt, ist diese veränderte Situation ein entscheidender Faktor für die Ausprägung der Symptomatik. Das Kind fühlt sich weniger angegriffen und unter Stress. Es entspannt sich und findet zunehmend Vertrauen zu seinen Eltern. Diese Faktoren sind wichtige Voraussetzungen für das Selbstmanagement im häuslichen Bereich im Umgang mit dem Störbild.

Der klassische Ansatz des Elterntrainings geht von elterlichen Defiziten im Erziehungsverhalten aus. Bei der Behandlung von ADHS-Kindern liegt der Fokus nicht auf der direkten Behandlung der Betroffenen, sondern auf der indirekten durch die Verbesserung der Erziehungskompetenz (vgl. Döpfner, Lehmkuhl 1994).

Döpfner und Lehmkuhl haben zwei Elterngruppen mit zwei unterschiedlichen Methoden betreut. Die erste Gruppe wurde nach der Methode der Familienkonferenz nach Gordon (Aktives Hören, Verwendung von Ich-Botschaften) zur Verbesserung der familiären Kommunikation behandelt.

Die zweite Gruppe wurde nach dem Muster der sozialen Lerntheorie (z. Bsp. positive und negative Verstärker) behandelt. Saile (1995/1996b) zeigt auf, dass beide Ansätze bedeutsame Veränderungen im Elternurteil aufzeigen konnten. Diese Effekte waren auch nach der 9-Monats-Katamnese nachweisbar.

Im direkten Vergleich beider Methoden zeigte der verhaltensmodifikatorische Ansatz bessere Effekte und weniger Abbrüche der Therapie.

Döpfner entwickelte in seinem Eltern-Kind-Programm einen Baustein zum Elterntraining, der auf die erwähnten Erfahrungen aufbaut. Die Autoren (Döpfner, Lehmkuhl, Roth 1996, 127) unterstreichen die Wirksamkeit insbesondere bei oppositionellem und aggressiv auffälligen Kindern. Auch bei der ADHS-Problematik zeigte sich im Eltern- und Lehrerurteil Verhaltensveränderungen.

Jedoch waren die Effekte in der Schule geringer als in der Familie.

Ein grundlegendes Problem bei der Elternintervention ist die relativ hohe Anzahl von Abbrüchen. Döpfner et al. weisen daraufhin, dass insbesondere jene Eltern, für die die Intervention eigentlich vorwiegend gedacht war, die Behandlung häufig abbrachen. Folgende Faktoren begünstigten einen frühen Abbruch:

alleinstehende Elternteile  
Depressivität der Mutter  
Sozial benachteiligte und isolierte Familien  
Partnerschaftskonflikte

Diese Eltern zeigten eine eher geringe Kooperationsbereitschaft. Eisert (1993, 144) stellt dazu folgendes fest.

„Trotz der generell zu konstatierenden Wirkung von behavioralen Elterntrainings finden Elterntrainings bei einem beträchtlichen Teil derjenigen, für die sie gedacht sind, nicht die nötige Akzeptanz, können nicht durchgehalten werden, das erlernte Erziehungsverhalten wird nicht beibehalten.“

Trotz der belegten Effekte muss die Wirkung der Intervention auf die Grundsymptomatik als eher schwach bezeichnet werden.

Auch Saile (1996b) kommt in seiner Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlungen hyperaktiver Kinder zu dem Schluss, dass es Belege gibt, dass die Effekte des Elterntrainings über einen Zeitraum nach der Behandlung hinausgehen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Elterntrainings durchaus positive Effekte aufweisen. Als isolierte Intervention bleiben die Elterntrainings als indirekter Therapieansatz jedoch bei einer relativ schwachen Wirkung.

Dennoch hat das Elterntraining in Familien mit einer hohen Betroffenheit und Fehlverhalten in der Erziehung einen wichtigen Stellenwert. Durch die Veränderung der elterlichen Sichtweise und den Aufbruch manifestierter Kommunikationsstörung kann ein Elterntraining positive Veränderungen in der Familie bewirken. Wichtig scheint gerade bei weiteren Risikofaktoren in der Familie das Durchhalten der Intervention und das tatsächliche Umsetzen erlernter Praktiken, denn wenn das Elterntraining abgebrochen wird, ist mit einer Verstärkung der negativen familiären Faktoren zu rechnen. Diese Wirkungsweise beeinflusst die Intensität und die Entwicklung von Sekundärproblemen negativ, so dass hier von einer Verschlechterung der Symptomatik ausgegangen werden muss.

### **3.5. Bewegungszentrierte Therapieansätze**

#### **3.5.1. Einleitung**

In den bewegungszentrierten Ansätzen wird versucht, durch den Körper, hier speziell die Motorik, soziale Aspekte, Einstellungen und Verhalten zu verändern und psychologische Bedingungen zu beeinflussen.

Gerade im Kindergarten- und Grundschulalter haben Kinder noch viel Spaß am Spiel und der Bewegung. Über dieses Medium können Kinder gut therapeutisch erreicht werden. Bei einem kindadäquaten Verhalten des pädagogisch ausgebildeten Therapeuten können Entwicklungsbedingungen geschaffen werden, durch die das Kind sein problematisches Verhalten verändert und neu steuern kann. Wichtige Bedingungen sind neben der Schaffung günstiger Entwicklungsbedingungen die Stärkung des Selbstbewusstseins.

Anerkannte Therapieansätze hinsichtlich des ADHS-Syndroms sind hier:

1. Heilpädagogische Maßnahmen
2. Ergotherapie, speziell die sensorische Integration und
3. psychomotorisch-therapeutische Ansätze
4. Entspannungstechniken

#### **3.5.2. Heilpädagogische Maßnahmen**

Die Pädagogik wird verstanden als die Wissenschaft von Ausbildung und Erziehung. Zwei hier besonders relevante Teilgebiete sind die Sozialpädagogik und die Sonderpädagogik. Schwerpunkte der Sozialpädagogik sind neben Elementarerziehung und außerschulischen Jugendarbeit die Arbeit mit verhaltensschwierigen Kindern und Jugendlichen. Ziel dieser Arbeit ist häufig die Resozialisierung.

Die Heilpädagogik wird in der Regel nicht als Teilbereich der Sozialpädagogik, sondern als ein eigenständiger Bereich angesehen. Sie kann definiert werden als „die Lehre von der Förderung schwererziehbarer, körperlich und geistig geschädigter bzw. schwachbegabter Kinder (vgl. Mewe 1997, 380). Die Heilpädagogik bietet Hilfen zur Integration des Individuums in gesellschaftliche Erwartungen, Denk- und Verhaltensmuster an. Ziel der Maßnahmen sind insbesondere die Aufhebung von Beeinträchtigungen beim Erwerb von Lebensorientierung und –vertrauen, aber auch die Entwicklung von Lebenstechniken. Hierbei ist die Entwicklung des Prinzips „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein zentrales Thema.

### **3.5.3. Die Ergotherapie**

Eine andere Form der psycho-sozial-somatischen Therapien ist die Ergotherapie. Sie wird allgemein als Arbeits- und Beschäftigungstherapie verstanden. Hier werden handwerklichen und kreativen Beschäftigungen gezielt eingesetzt, um verloren gegangene körperliche oder seelische Fähigkeiten wieder aufzubauen oder Ersatzfunktionen einzuüben.

Mit dieser Therapieform können sowohl Kinder als auch Erwachsene behandelt werden. Ihr Schwerpunkt ist die kreative Beschäftigung mit Basteln, Werken, Batiken, Weben, Malen, Makramee u.ä.. Nach Mewe lassen sich insbesondere Patienten, die Depressionen oder hypochondrische Störungen aufweisen gut mit der Beschäftigungstherapie behandeln. Diese Patienten beschäftigen sich häufig intensiv mit ihrer eigenen Krankheit. Die Beschäftigung und das künstlerische Erschaffen von Gegenständen lenken sie von ihren Problemen ab. Zunehmendes Selbstvertrauen und Lebensfreude stärken häufig das Selbstbewusstsein und öffnen sie für weitere therapeutische Maßnahmen.

Ein weiterer Aspekt ist die Beschäftigungstherapie in der Gruppenförderung. Hier stehen neben den genannten Zielen die sozialen Aspekte wie Kooperation und Kommunikation im Vordergrund.

Häufig haben Kinder mit einem ADHS-Syndrom als Folge ihrer Leidensgeschichte ein schwaches Selbstbewusstsein, geringes Selbstvertrauen und wenig Lebensfreude. Neben vermehrt auftretender Aggression stellen diese Kinder sich selbst ungewollt immer wieder in den Mittelpunkt und sind somit massiv mit sich selbst beschäftigt. Gerade diese Auffälligkeit führt oft zu Störungen im sozialen Gefüge. Die Kinder werden zunehmend sozial isoliert.

Hier kann eine gut durchdachte und kindadäquate durchgeführte ergotherapeutische Maßnahme einen positiven Effekt in den oben genannten Teilproblemen haben. Gerade in der kreativen Beschäftigung mit Formen und Farben und dem Umgang mit unterschiedlichen Materialien kann das Kind ganzheitlich, also mit allen Sinnen, angesprochen werden. Kreativ zu arbeiten bedeutet sich zu öffnen, also aus seinen Problemkreisen herauszugehen und sich spielerisch zu konzentrieren. Hier werden wichtige Aspekte des ADHS-Syndroms angesprochen. Der Autor hat häufig beobachtet, dass Kinder mit diesem Syndrom durchaus fähig waren, sich für eine kürzere Zeit zu konzentrieren, wenn sie hoch motiviert waren.

Diese heilpädagogische Maßnahme muss immer auf einer freiwilligen Basis angeboten werden. Die Kinder müssen von der Konzeption her die Möglichkeit haben, eigene Ideen spontan mit einzubringen.

Die so dargebotene Fördermaßnahme kann, wenn das Kind bereit ist mitzuarbeiten und es sich auf diese künstlerische Beschäftigung einlassen kann, gute Erfolge erzielen. Jedoch kann diese Therapieform nur flankierend, in Kombination mit anderen Therapieformen, eingesetzt werden, wenn nachhaltige Erfolge erreicht werden sollen.



Eine spezielle Richtung in der Ergotherapie ist die Sensorische Integrationsbehandlung. Sie wird eingesetzt, wenn Kinder körperlich, kognitiv oder emotional entwicklungsverzögert sind. In der sensorischen Integrationsbehandlung wird diese Verzögerung u. a. auf mangelhafte Verarbeitung von Sinnesreizen oder geschädigte Sinnesorgane zurückgeführt.

Eine wesentliche Voraussetzung der Behandlung ist eine gründliche Anamnese, die auch die Stärken des Kindes mit einbezieht.

Hier wird deutlich, dass diese Therapieform, im Gegensatz zu den defizitorientierten Ansätzen, das Kind in der ganzen Persönlichkeit sieht. Bei diesem ganzheitlichen Ansatz werden also nicht nur die Schwächen, sondern auch die Stärken (Ressourcen) in die Therapie mit einbezogen. Die Ergotherapie arbeitet nach unterschiedlichen Konzepten. Eine der bekanntesten ist die Sensorische Integrationstherapie. Diese Therapieform ist 1979 von der Psychologin und Beschäftigungstherapeutin Jean Ayres, Torrance, California, USA vorgestellt und 1984 in die deutsche Sprache (Ayres 1984) übersetzt worden.

In ihrer Praxis als Beschäftigungstherapeutin stellte sie fest, dass manche Störungen äußerlich wahrnehmbar sind. So können Masern, Knochenbrüche oder Fehlsichtigkeit schnell festgestellt werden. Andere Störungen, wie schlechtes Lernvermögen oder nicht angepasstes Verhalten, können nicht so deutlich erkannt werden. Im Laufe der menschlichen Entwicklung integriert, also verarbeitet der Mensch mit Hilfe seiner Sinne, Informationen und Eindrücke im Gehirn.

„Die Integration der Sinne ist das Ordnen der Empfindungen, um sie gebrauchen zu können. Unsere Sinne geben uns Informationen über den physikalischen Zustand unseres Körpers und über die Umwelt um uns herum. Empfindungen fließen ins Gehirn wie Ströme in einen See fließen. Zahllose „Bits“ sinnlicher Wahrnehmung erreichen in jedem Augenblick unser Gehirn nicht nur von den Augen und den Ohren her, sondern auch von jedem Teil unseres Körpers. Wir verfügen über einen besonderen Sinn, der es uns gestattet, den Zug der Schwerkraft und die Bewegungen unseres Körpers relativ zur Erdoberfläche zu bemerken.“ (ebda. 6)

Der Strom der Informationen und Eindrücke wird im Gehirn geordnet, verglichen und abgespeichert (vgl. Kap. II.2.2.2.). Diese Prozesse sind notwendig, damit der Mensch sich angepasst bewegen, lernen und verhalten kann. Eine ausreichende Vernetzung der Hirnregionen und gute Verarbeitung der Reize verautomatisieren Fertigkeiten wie eine gute Gleichgewichtsregulation oder einen stabilen und ausreichenden Körpertonus (Körperspannung). Organische Schädigungen, wie auch mangelhafte Anregungen durch die Umwelt können zu Teilleistungsschwächen führen.

Diese grundlegend gelernte Fertigkeit ist die Voraussetzung zur Entwicklung höherer Wahrnehmungs- und Handlungsstufen. Jean Ayres geht davon aus, dass 1975 in der USA mindestens 5-10% aller Kinder unter einer sensorischen Integrationsstörung litten.

„Zur Zeit bestehen keine Möglichkeiten, eine Störung im Gehirn nachzuweisen. Eine Beeinträchtigung der Verarbeitung sinnlicher Wahrnehmungen ist nicht als Krankheit im medizinischen Sinne aufzufassen. Chemisches Ungleichgewicht, virale Infektionen oder Abweichungen der Zusammensetzung des Blutes sowie Organerkrankungen kann man im Laboratorium nachweisen. Ein Problem der sensorischen Integration dagegen kann nicht so leicht abgegrenzt werden.“ (ebda 10).

Eine Diagnostik in diesem Bereich kann heute durch einen speziellen Test zur sensorischen Integration und insbesondere durch besondere Beobachtung durchgeführt werden. Hier werden speziell ausgebildete Fachkräfte gefordert.

Bei mangelhafter sensorischer Integration kann es zum Beispiel zu Störungen im vestibulären System (Gleichgewicht) kommen. Das Kind hat Probleme zu balancieren, zu klettern und ähnliches. Eine weitere Störung kann die entwicklungsbedingte Dyspraxie sein. Das Kind zeigt Auffälligkeiten in der Bewegungsplanung. Es zeigt Unsicherheiten beim Ersteigen einer Treppe oder Leiter, beim Überqueren eines Grabens u.ä..

Andere Probleme sind Störungen im Bewegungsmuster, wie Kriechen, Krabbeln oder Laufen. Auch Haltungsreaktionen, wie das Drehen des Körpers oder der Einbeinstand gelingen nicht. Schließlich kann es zu Störungen beim Binden einer Schleife, beim Knoten oder dem Schreiben des Alphabets kommen.

Beim Erlernen des Schleifebindens muss das Kind sich sowohl auf seine Fingerbewegungen als auch auf die Schuhbänder konzentrieren. Ist der motorische Ablauf und die Technik erlernt worden, wird das Schleifebinden automatisiert und benötigt keine weitere Handlungsplanung. Gelingt dies nicht, kommt es zu Problemen in diesem Bereich. Ein anderes Beispiel ist das Erlernen des Schreibmaschine Schreibens oder der Computertastatur. Nachdem die Anordnung der Tasten erlernt worden ist, wird das Schreiben automatisiert.

Kinder, die Probleme in der Handlungsplanung haben, verfügen über geringe Geschicklichkeit. Sie müssen ihre Handlungen stets neu planen. So ist ihre Konzentration im Wesentlichen mit diesem Bereich beschäftigt. Das Kind hat kaum Freiräume, sich auf andere höherstufige Dinge zu konzentrieren.

In der sensorischen Integrationstherapie werden die fehlenden Bausteine in Form von Reizen angeboten. Das Kind hat die Möglichkeit, die fehlenden Informationen und Erfahrungen entwicklungsgeschichtlich nachzuerleben, so dass das Kind basale Fertigkeiten nachentwickeln kann. Bei dieser Therapie werden dem Kind Gleichgewichtsreize, proprioceptive Reize zur Wahrnehmung der Tiefensensibilität und taktile Reize zur besseren

Integration der Hautwahrnehmung angeboten. Das Kind wird in seinem Verhalten sicherer und kann sich somit besser mit seiner Umwelt auseinandersetzen. Es zeigt eine Verbesserung der Selbstsicherheit, des Bewegungsgeschicks und der Wahrnehmungsdifferenzierung.

Zum Problem des ADHS, also der Störung der Konzentration, Impulsivität, Aufmerksamkeit und motorische Unruhe können durch die Sensorische Integrationstherapie wichtige Erfahrungen, Erlebnisse und Techniken nachgelebt und integriert werden. Häufig kommt es auf Grund der ADHS-Problematik zu Störungen im sensorischen Bereich.

Nach Beobachtungen in therapeutischen Situationen des Autors suchen ADHS-Kinder häufig überdeutlich bestimmte Reize, wie das Drehen und Schaukeln. Hier versucht das Kind motorische Impulse auszuleben und gleichzeitig sich zu zentrieren. Somit hat der Ansatz der Sensorischen Integration eine fundamentale Bedeutung bei der Entwicklung eines ganzheitlichen Therapieansatzes zur Primärproblematik des ADHS (vgl. Kap. V.2., 8).

#### **3.5.4. Psychomotorik**

Die Idee der Psychomotorik als bewegungsorientierter Förderansatz wurde 1955 von Ernst J. Kiphard aus der therapeutischen Praxis heraus entwickelt.

Kiphard, seinerzeit Sportlehrer an einer psychiatrischen Klinik in Güterloh, entwickelte aus Elementen der Krankengymnastik, Rhythmik, Gymnastik, Sport und Sinnesschulung eine Übungsbehandlung für entwicklungsgestörte und verhaltensauffällige Kinder.

Auf Grund seiner therapeutischen Erfolge fand sein Ansatz eine rasche Verbreitung. Durch die öffentliche Diskussion und den Erfahrungen der Pädagogen und Therapeuten in der Praxis entwickelte sich sein Ansatz weiter. Die Weiterentwicklung des psychomotorischen Ansatzes ist insbesondere Renate Zimmer zu verdanken. Durch sie fand die psychomotorische Idee Eingang in Curricula von Kindergärten und Schule.

Die Schwerpunkte der Förderung in der Psychomotorik liegen im motorischen als auch im psychischen Bereich. Im motorischen Bereich werden die Kinder vorwiegend bei Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik, Körperkoordination, Gleichgewicht, Raumlage, Tonus, Teilleistungsstörungen und Dyspraxie (Handlungsplanung) unterstützt. Schwerpunkte im psychischen Bereich sind insbesondere soziale Probleme und Unsicherheiten im Selbstbewusstsein.

Heute wird das Kind nicht mehr „be-handelt“, sondern es wird als handelndes Subjekt betrachtet. Das Kind wird als ein sich selbst gestaltetes Wesen verstanden, das sich befähigen lässt, sich selbst zu regulieren (vgl. Zimmer 1999). Es soll befähigt werden, genauer sich selbst befähigen, möglichst selbstständig auf der motorischen, sozial-emotionalen und kognitiven Ebene zu handeln. Es soll somit die Hilfe zur Selbsthilfe vermittelt werden.

In diesem Zusammenhang gewinnen die Bewegung und das Spiel eine zentrale Bedeutung.

Zimmer (1997, 95) sieht folgende Merkmale des Spiels in der psychomotorischen Therapie als entscheidend an:

1. „Individuelle Sinngebung und Bedeutungsoffenheit.  
Das Kind entscheidet selbst, welchen Sinn das oft fiktive Spiel für das Kind hat und welche Bedeutung (Symbole, Rollen) die einzelnen Spielelemente haben.
2. Umkehrung üblicher Einfluß- und Machtbeziehungen.  
Im Spiel kann das Kind Ereignisse und Rollen verändern oder sogar umkehren, so dass die vorgegebene Bedeutung aufgelöst und durch die Absichten und Vorstellungen des Kindes verändert werden kann.
3. Entscheidungsfreiheit und Freiwilligkeit.  
Die Grundsätze der Entscheidungsfreiheit in der jeweils vorgegebenen sozialen Gruppe sollte gewahrt bleiben. In der Entscheidungsfreiheit und der Fähigkeit zum Handeln in einer sozialen Gruppe fühlen die Kinder sich auf einer freiwilligen Bereitschaft als eine individuelle Persönlichkeit ernst genommen.
4. Ambivalenz der Spielsituation  
Die Spannung im Spiel wird durch die Uminterpretationen der Situationen entfaltet. Der Erlebnisgehalt einer Spielsituation mit einem offenen Ausgang entscheidet über die Motivation zum Spiel.“

Das ADHS-Kind erfährt in der psychomotorischen Förderung, dass es angenommen wird. Es kann sich endlich ungestraft austoben und selbstbestimmt sinnhaft handeln.

Zimmer (1997, 97) fordert von der psychomotorischen Förderung hinsichtlich des Inhaltes und des Therapeutenverhalten, dass das Kind folgende Erfahrungen machen kann:

- sich selbst als Verursacher einer Handlung erleben,
- Erfolge und Misserfolge einer Handlung auf die eigene Person zurückführen können,
- Sich mit eigenen Wertmaßstäben auseinandersetzen und das eigene Verhalten daran orientieren,
- Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen,
- Alternativen für störende Verhaltensweisen kennenlernen und in das eigene Verhaltensrepertoire integrieren.

Dies sind zentrale Aspekte in der Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit. Das Kind erfährt sich als selbstbestimmt und selbstverantwortlich Handelnder.

Kiphard (1993, 64f) geht in seinen Überlegungen zur ADHS-Problematik von der „Unteraktivierungsthese“ aus. Dies wurde in Kapitel III.2.2. dargestellt. Er sieht eine Bestätigung in der Wirkungsweise des Methylphenidats und schließt, dass die gleiche Wirkungsweise auch durch visuelle und vor allem vestibuläre Reize erreicht werden kann. Einen Beleg sieht er in der Vorliebe der Kinder in freien Bewegungssituationen für primitive motorische Tätigkeiten, wie Kippeln, Schaukeln, Rutschen, Rotationen.

Kiphard räumt jedoch ein, dass durch entsprechende Bewegungsförderungsmaßnahmen keine dauerhafte Heilung von der Hyperaktivität erreicht werden kann. Eine so verstandene Förderung kann jedoch Linderung und Erleichterung bewirken.

Innerhalb der Motopädagogik wurde ein Verhaltens- und Bewegungstrainingsprogramm entwickelt, das die Kinder unter den von Zimmer genannten Grundprinzipien in sechs Phasen durchlaufen sollen:

- Phase 1: Vestibulär-motorische Aktivitäten (Gewährungsphase)  
Freie Angebote, um den Reizhunger zu stillen. Das Kind wird nicht bestraft, sondern kann sich frei bewegen.
- Phase 2: Entwicklung von Bremskräften und Bewegungssteuerung  
Brems- und Steuerungskräfte als lustvolles und selbstbestätigendes Erleben.
- Phase 3: Konzentrationsverbesserung mit geschlossenen Augen  
Nach Absättigung der Bewegungsstürme Einleitung von Strukturierung motorischer Aktivitäten. Visuelle Reizquellen werden ausgeschaltet. Verbliebene Sinnesinformationen führen über das Gehör und Tastsinn zur Strukturierung und Konzentration.
- Phase 4: Schulung der visuellen Aufmerksamkeit  
Erst nach deutlicher Beruhigung und sichtbarer Verlängerung der akustischen Aufmerksamkeitsspanne einsetzen.
- Phase 5: Überwindung der Impulsivität  
Hier kommen Elemente aus der Verhaltenstherapie zum Einsatz. Selbststeuerung durch Verstärkung.  
A. Frostigs Formel: STOP-SCHAU-HÖRE-DENKE
- Phase 6: Sportliches Handeln als Mittel zur Selbstdisziplin  
Selbststeuerung durch Trampolin, Wasserspringen, Reiten, Voltigieren, Akrobatik, Jonglieren, Yoga.

Inwieweit das vorgestellte Bewegungs- und Verhaltensprogramm die Basissymptomatik beeinflussen kann, bleibt abzuwarten. Der psychomotorische Ansatz, der das Kind nicht mit seinen Defiziten, sondern mit seinen Ressourcen und Stärken sieht, bietet eine wichtige Basis in der Entwicklungsförderung der Kinder (vgl. Kap. V.2, 8).

### **3.5.5. Entspannungsmethoden.**

In Einzelfällen werden Entspannungsverfahren eingesetzt. Insbesondere ist das autogene Training, progressive Muskelentspannung und das Biofeedback verfahren in diesem Zusammenhang eingesetzt worden (vgl. Saile 1996).

Insbesondere an Sonderschulen wird zunehmend die Aromatherapie, Musiktherapie, Phantasiereisen und das aus den Niederlanden bekannte Snoezelen eingesetzt (vgl. Sernau 2000, 247ff).

Das Snoezelen wird in einem speziellen Raum durchgeführt. Dieser Raum ist mit Liegelandchaften, häufig ein Wasserbett, unterschiedliche Leuchten und Lichteffekte ausgestattet, die das Kind beruhigen sollen.

Als singulärer Therapieansatz sind diese Methoden dem Autor nicht bekannt. Jedoch können sie als ergänzende Elemente in anderen Therapieformen eingesetzt werden.

### **3.5.6. Diskussion**

Die Sensorische Integrationsbehandlung innerhalb der Ergotherapie scheint ein wichtiger Ansatz bei der Behandlung der Basisproblematik Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen zu sein.

Ausgehend von der hirnorganischen These sucht das Kind Impulse, bzw. Reize, um eine etwaige Unterversorgung auszugleichen. So sucht das Kind in freien Spielsituationen Reize, die durch:

„primitiv motorische Tätigkeiten wie Kippen, Schaukeln, Rutschen, Karussell fahren und Rotationen um die verschiedenen Körperachsen“ (Kiphart 1993, 69)

ausgeglichen werden sollen. In freien Spielsituationen kann beobachtet werden, dass nach einer gewissen Zeit eine Sättigung eintritt und das Kind ruhiger und konzentrierter wird. In diesen Phasen zeigt das Kind das oben beschriebene Stimulussuchverhalten nicht mehr.

Somit kann bei der therapeutischen Intervention dieser Zusammenhang von grundlegender Bedeutung werden. Leider gibt es bisher keine empirischen Befunde, die aus einer Felduntersuchung gewonnen wären. Somit kann eine Effektivität nicht belegt werden. Döpfner, Frölich, Lehmkuhl (2000, 37) vermuten ein Problem der Generalisierung der Effekte.

Als isolierte Einzelintervention scheint dieser Ansatz wenig geeignet, da die Wirkungsweise relativ kurz ist.

Ein ähnliches Problem der Generalisierung von Effekten zeigt auch der psychomotorische Ansatz. Auf Grund der Spielangebote in den Turnhallen (Seile, Taue, Kreisel) und der offenen Wahl der Spielinhalte haben die Kinder die Möglichkeit, Reize, die sie suchen, zu befriedigen.

Weiterhin bietet die Psychomotorik in ihrem kindzentrierten Ansatz Möglichkeiten, das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl der Kinder aufzubauen (vgl. Zimmer 1999, 51ff). Die Kinder erfahren, dass ihr Verhalten nicht mehr zensiert wird. Ihrer motorischen Unruhe wird nachgegeben. Die Kinder können sich endlich austoben, bis der Reizhunger gesättigt ist. In späteren Konzentrationsübungen lässt sich spielerisch die Konzentration steigern. Die Kinder werden ruhiger und konzentrierter.

Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000, 37) zeigen auf, dass diese therapeutische Intervention bei ADHS-Kindern häufig verordnet wird. Die Autoren vermuten positive Effekte in der Verminderung der komorbiden Auffälligkeiten, insbesondere in der Körperkoordination und der Wahrnehmungsfähigkeit.

Somit kann geschlossen werden, dass die klassische psychomotorische Intervention durchaus positive Effekte aufzeigt. Eine Generalisierung dieser Effekte scheint jedoch problematisch. Auch das von Kiphard vorgestellte psychomotorische Programm wurde bisher keiner kontrollierten Studie unterzogen.

Somit kann dieses Interventionsprogramm nicht als isolierte Behandlungsmöglichkeit empfohlen werden. In Kombination mit anderen therapeutischen Interventionen jedoch sollte eine Effektivität und die Stabilität der Übertragbarkeit überprüft werden (vgl. Kap. V.).

### **3.6. Modelle interdisziplinärer Konzepte**

#### **3.6.1. Darstellung**

Da die Effektivität einzelner Interventionen der Monotherapien als nicht ausreichend eingeschätzt wurde, sind die Behandler dazu übergegangen, Kombinationen zwischen den oben aufgezeigten Einzelinterventionen zu entwickeln. Für diese Entwicklung spricht auch bei genauer Diagnose die Vielschichtigkeit des Problems, die nicht nur eine Behandlung mit dem Kind sinnvoll erscheinen lässt, sondern auch gleichzeitig Interventionen in der Schule oder der Familie fordert.

So wird neben einem verhaltenstherapeutischen Training mit dem Kind die LehrerInnen als Co-TherapeutInnen eingesetzt. Hier werden häufig Verstärkersysteme benutzt.

Andererseits wird neben einer verhaltenstherapeutischen Intervention eine Betreuung der Familie initiiert. Hier stehen vorwiegend Verhaltensmuster und differente Erziehungsstile zur Diskussion, welche die Gesamtproblematik erhärten. Die Eltern werden angehalten, in ihrem Erziehungsalltag gelernte Methoden anzuwenden, die häufig auf den Token-Systemen beruhen.

In einigen Ansätzen wurden die drei Bereiche kombiniert, so dass neben der basalen Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Methoden die Schule und die Familie in die Behandlung mit einbezogen wurden.

Die am häufigsten verwendeten Kombinationstherapien sind die Kombinationen zwischen psychotherapeutischer Arbeit mit dem Kind und der Medikationstherapie mit Methylphenidat. So wird insbesondere im klinischen Bereich, wie auch in interdisziplinären Behandlungszentren, gearbeitet (vgl. Saile 1996b, 191).

In einigen Ansätzen (vgl. Döpfner, Lehmkuhl, Roth 1996, 121) wurde eine Kombination zwischen Elternberatung/ Elterntaining, der Intervention in der Schule und Selbstinstruktionstraining gewählt. Zusätzlich wurde dann, wenn keine Effekte erzielt wurden, die Pharmakotherapie hinzugezogen.

Ein weiterer Versuch in den multimodalen Therapieansätzen wurde von Knölker (1989) vorgeschlagen, der zu einer Kombination zwischen verhaltenstherapeutischen Konzepten, Medikation und Psychomotorik rät. Er begründet den Ansatz damit, dass viele Kinder neben der Primärsymptomatik Probleme in der Körperwahrnehmung und in der Grob- und Feinmotorik haben (vgl. Kap. V.2.).



### 3.6.2. Diskussion

Obwohl diese Interventionsversuche in vielen Studien evaluiert wurden, waren sie immer wieder hinsichtlich ihrer Effektivität in der Diskussion. Döpfner, Lehmkuhl, Roth (1996) haben mehrere Studien hinsichtlich der Wirksamkeit der Kombinationen Stimulanzientherapie mit verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie und im Unterricht oder mit kognitiven Trainings, sowie eine Kombination von allen drei Interventionen untersucht. Die Effektivität dieser Therapieansätze wurden mit der Effektivität einer ausschließlichen Stimulanzientherapie verglichen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass nur eine geringe erhöhte Wirksamkeit der multimodalen Ansätze belegt werden kann.

Demgegenüber stehen Aussagen von Lauth und Linderkamp (1995, 161). Sie führen Studien an, die belegen, dass durch die Stimulanzientherapie zwar die auffälligen Symptome eines ADHS reduziert werden, jedoch soziale Probleme und kognitiv-affektive Störungen weitgehend unberührt bleiben.

Aus diesem Grund schlagen sie eine verhaltenstherapeutische Intervention vor. Nur in schwerwiegenden Fällen sollten zusätzlich Stimulanzien verabreicht werden.

Die Autoren führen eine große Untersuchung an, die dies ebenso bestätigt. Kombinationsbehandlungen lagen in ihrer Effektivität nicht über der Wirkung der Stimulanzienmethode.

Effekte, die durch Behandlungskombinationen im Unterricht erreicht wurden, konnten nachgewiesen werden, wenn die Stimulanziengebe niedrig dosiert war.

Auch Saile (1996b, 191) kommt in seiner Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlungen hyperaktiver Kinder zu dem Schluss, dass psychologische Ansätze nur geringfügig der medikamentösen Behandlung überlegen sind. Zu diesem Ergebnis kommen die Autoren auch, wenn die Kombination psychologischer Ansätze und Medikation der alleinigen Stimulanzientherapie gegenübergestellt wird.

Die Kombination psychologischer und medikamentöser Therapie schloss im Vergleich zu den anderen Kombinationen am schlechtesten ab (ebd. 203). Dies überrascht um so mehr, da diese Kombination am häufigsten eingesetzt wird.

Saile fragt:

„Gibt es Prozesse, die dazu führen, daß sich die Effekte psychologischer und medikamentöser Behandlungen bei gleichzeitiger Anwendung gegenseitig aufheben als addieren? Hier sind weitere Arbeiten zur Evaluation komplexer Behandlungsprogramme, insbesondere zur Wechselwirkung verschiedener Treatments, erforderlich.“ (ebd. 203)

Auch Döpfner (2000, 34) bestätigt, dass die Wirksamkeit der Kombination von Stimulanziengebe und verhaltenstherapeutischer Intervention in der Familie und im Unterricht

oder auch mit kognitiven Trainings gegenüber einer ausschließlichen Stimulanzientherapie sehr gering ist. Dies zeigt auch die großangelegte „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“ von der MTA Cooperative Group, USA (1999). In dieser Studie wurden 579 Kinder mit ADHD untersucht.

Weiterhin zeigt die Studie, dass multimodale Therapieansätze auch gegenüber der ausschließlichen Verhaltenstherapie hinsichtlich der Verminderung von Hyperaktivität, Impulsivität, aggressiven Verhaltens und internaler Störungen nicht überlegen sind.

Die Autoren bestätigen auch die Ergebnisse von Saile, die besagen, dass eine niedrigere Dosis der Stimulanzien hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeit im Unterricht gegenüber einer Behandlungskombination nicht effektiver ist. Andererseits finden die Autoren eindeutige Hinweise darauf, dass eine niedrig dosierte Stimulanziengebe ebenso wirkungsvoll ist, wie eine hochdosierte in Kombination mit Verhaltenstherapie.

So scheint eine Monotherapie mit Stimulanzien gegenüber multimodalen Ansätzen etwa eine gleichwertige Effektivitätsstärke zu haben.

Weiterhin konnte die Studie zeigen, dass nach neun Monaten die Effekte im Unterricht, die durch die medikamentöse Behandlung entstanden waren, vollständig nicht mehr nachweisbar waren.

Demgegenüber belegte Döpfner (1996, 121) die Überlegenheit der multimodalen Interventionen, wenn die Effekte in ihrer Langzeitwirkung betrachtet werden. Leider gibt es nur sehr wenige Studien, die über einen Zeitraum von drei Monaten nach Therapieende hinausgehen.

Döpfner führt eine Untersuchung von Satterfield et al. (1987) an, die eine multimodale Behandlung gegenüber einer Monotherapie mit Stimulanzien untersucht. Die Studie hat ergeben, dass die Delinquenzrate der Jugendlichen, die ausschließlich mit Stimulanzien behandelt waren, deutlich höher waren (22%), als der Jugendlichen, die multimodal behandelt wurden (8%).

### 3.7. Schlußfolgerungen

Das primäre Störbild des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms ist nach dem ICD-10 bzw. DSM IV eine mangelnde Fähigkeit zur Aufmerksamkeit, gepaart mit Impulsivität und häufiger Unruhe.

Die Ursachen dieser Verhaltensstörungen werden in neurochemischen kortikalen Abläufen gesehen. Hier wird eine generelle zentralnervöse Unter- oder Übererregung diskutiert. Ein anderer Ansatz geht von einer defizitären Aktivierungsregulation aus.

Die Entstehung der Problematik wird auf genetische Faktoren und teilweise auf prä-, peri-, oder postnatalen Risikofaktoren zurückgeführt. Es ist zu postulieren, dass die Ursachen nicht eindeutig sind.

Im Zusammenspiel mit psychologischen und sozialen Faktoren kommt es zum folgenden erweiterten Störbild, dass von Lauth, Naumann, Roggenkämper, Heine (1996, 165) beschrieben wird:

„ (...) ihre zentrale Aktivierung zu steuern (Störungsebene 1). Sie bestehen in kognitiv funktionalen Defiziten (unzureichender Daueraufmerksamkeitsleistung, vorschnellen und unbedachten Reaktionen, mangelnde Inhibitionskontrolle, Tendenz zu vermehrter Selbststeuerungssuche (Störungsebene 2), verringerter Selbststeuerungsfähigkeit (Impulsivität, motorische Unruhe) (Störungsstufe 3), strategisch-organisatorischen Defiziten (mangelnde Problemlösungsfertigkeiten, defizitäre Begriffs- und Wissenssysteme, mangelnde metakognitive Handlungsstrukturierung (Störungsebene 4) und negativen sozialen Reaktionen sowie ungünstigen reaktiven Verarbeitungen der eingetretenen Beeinträchtigungen (etwa geringe Frustrationstoleranz, negatives Selbstbild, soziale Schwierigkeiten (Störungsebene 5).“

Die Störungsebenen 4 und 5 weisen auf komorbide Störungen hin, die im Zusammenspiel von psychologischen Vorgängen und der Auseinandersetzung mit Umweltreaktionen entstehen.

Ein folgenreiches Problem ist das Absinken des Selbstwertgefühls. Ein negatives Selbstbild entwickelt sich. Die Frustrationstoleranz sinkt mit der Zunahme sozialer Probleme. Bei der Hälfte der Kinder mit dieser Symptomatik entwickeln sich oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens. Konflikte werden mit aggressiven Mitteln zu lösen versucht (vgl. Kap. V. 7.3. Fall Marc).

Durch die Primärsymptomatik kommt es immer öfters auch zu Problemen in der Wissensaufnahme in der Schule und bei den Hausaufgaben, so dass sich schulische Leistungsprobleme entwickeln.

Die sich häufig parallel entwickelnden familiären Auseinandersetzungen nehmen oft bedrohliche Ausmaße an. Das Kind fühlt sich zunehmend stigmatisiert und isoliert. Diese Entwicklung ist die Basis für aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen, Depressivität und Angststörungen (vgl. Kap. II. 1.).

Bei einem wesentlichen Teil der Betroffenen bleibt die Symptomatik bis in das Erwachsenenalter hinein erhalten. Bei ungünstigen Sozialisationsbedingungen, die sich aus dem oben dargestellten Prozess entwickeln, führt häufig diese Entwicklung zu einer erhöhten späteren Delinquenzrate. Kriminalität und Drogenmissbrauch werden als Spätfolgen des ADHS in vielen Untersuchungen belegt.

Somit stellen insbesondere die komorbiden Störungen die Faktoren für eine weitere negative Sozialisationsentwicklung dar.

„Die hyperkinetische Störung geht ebenfalls häufig mit früh angelegten Defiziten im psychisch-intellektuellen sowie im motorischen Bereich, sogenannte Komorbiditäten einher, so daß es diagnostisch ein folgenschwerer Fehler bedeuten würde, sich nur auf die Kernsymptomatik zu konzentrieren.“  
(Frölich, 2000, 215)

Wenn die Sekundärprobleme die eigentlichen Faktoren einer negativen Persönlichkeitsentwicklung darstellen, ist eine möglichst frühe Intervention dringend angezeigt.

Hier ergibt sich die Fragestellung nach der Indikation, die Frage also, durch welche Therapieansätze die oben beschriebene Negativspirale unterbrochen und wie die Primärproblematik wesentlich abgemildert werden kann.

Im ersten Teil dieses Kapitels sind die Interventionsversuche aus den einzelnen Fachdisziplinen, insbesondere der Medizin, Psychologie und Pädagogik untersucht worden. Es wurde festgestellt, dass einzelne therapeutische Ansätze positive Effekte in Teilbereichen der Gesamtproblematik erzielen konnten. So zeigen das Selbstinstruktionstraining und das Selbstmanagementverfahren bei dissozialen Verhaltensweisen durchaus positive Veränderungen.

Auch Elterntrainings sind für die familiäre Einflussnahme durchaus wichtige Interventionen.

Als isolierte Maßnahme zeigen einige Ansätze zur Verbesserung der Gesamtproblematik keine wesentlichen Effekte, andere konnten in den wenigen Untersuchungen, die eine längerfristige Katamnese durchführten, eine massive Abschwächung der Effekte bis zu deren Verschwinden zeigen.

Wie oben dargestellt führen einige monotherapeutische Interventionen längerfristig zu einer Verschlechterung der Problematik. Die einzige Intervention, welche die Primärsymptomatik

wesentlich positiv beeinflusst, ist die medikamentöse Therapie. Dieser Therapieansatz zeigt kurzfristig positive Effekte in der Verhaltensänderung, wenn der Patient auf das Medikament reagiert. Das Kind zeigt kaum noch eine motorische Unruhe, und die Fähigkeit zur Konzentration nimmt zu. Doch wird dieser Therapieansatz, der häufig in der Praxis als einzige Intervention gewählt wird, in der Literatur sehr kontrovers diskutiert.

„Eine medikamentöse Monotherapie ist strikt abzulehnen, da die betroffenen Kinder in der Regel neben den Kernsymptomen des Bildes vielerlei andere Verhaltensprobleme (z.B. geringer Selbstwert, erlernte aggressive Konfliktlösungsstrategien aufweisen, die einer ausschließlich medikamentösen Behandlung nicht zugänglich sind.“ (Frölich 2000, 216)

Ein weiterer entscheidender Grund, eine medikamentöse Monotherapie abzulehnen, ist das Faktum, dass nach dem Absetzen des Medikaments, dies auch nach jahrelanger Behandlung, das volle Bild des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms wieder sichtbar wird.

Auf Grund dieser Ergebnisse werden Kombinationstherapien erprobt. In der Überprüfung der Wirksamkeit werden bei multimodalen Therapieansätze, wie z. B. eine Kombination zwischen psychotherapeutischen Verfahren und einer Psychopharmakontherapie geringe Effekte nachgewiesen (vgl. Kap. III. 2.2.). In Untersuchungen wurde belegt, dass auch bei einigen multimodalen Ansätzen zum Teil eine Verschlechterung der Problematik eintrat.

„Demnach scheinen Verfahren, die in mehreren Bereichen und bei verschiedenen Personen intervenieren, bei der Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung eher schwache Effekte zu liefern“ Saile 1996a, 113.

Hier muss folgende Frage gestellt werden:

Woran liegt es, dass alle bisherigen therapeutischen Interventionen für das Gesamtbild insbesondere in der langfristigen Betrachtung, keine nachhaltigen Effekte zur Verbesserung der Problematik zeigen?

Der Autor vermutet als Ursache dieser Problematik eine mangelnde Motivation des Kindes zur Therapie und die möglicherweise damit zusammenhängende methodische Herangehensweise

Bisher wurde die ADHS-Problematik vom Behandler aus gesehen. Das Kind zeigt Verhaltensauffälligkeiten, die gesellschaftlich nicht erwünscht sind.

Es konnte gezeigt werden, dass Interventionsansätze, die disziplinarisch oder auch interdisziplinär konzipiert sind, in der Effektivität deutliche Schwächen aufzeigen. Möglicherweise führt eine veränderte Sichtweise näher an das Verständnis der Effektivitätsproblematik heran.

Wie stellt sich die Behandlung eines ADHS aus der Sicht des Kindes dar? Das Kind ist hellwach und an Allem interessiert. In der weiteren Entwicklung erfährt es durch die Umwelt, insbesondere durch die Eltern und den Kindergarten, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung ist. Bestimmte Verhaltensweisen führen immer wieder zu Auseinandersetzungen, zu punktuellen strengeren erzieherischen Maßnahmen bis hin zu Liebesentzug und zu Ablehnung. Das Kind will diese Konflikte nicht, obwohl in den Konfliktsituationen die Absicht des Kindes zur Provokation vermutet werden kann. Eigentlich möchte es angenommen, geliebt und für seine Leistungen gewürdigt werden.

Schließlich manifestieren sich die Konflikte. Das Kind wird einem Arzt vorgestellt. Die Persönlichkeit des Arztes, die Atmosphäre in der Praxis suggeriert dem Kind, dass mit ihm nicht nur etwas nicht in Ordnung ist, sondern schlimmer noch, es offensichtlich krank ist. Wie sonst soll das Kind verstehen, wenn es von nun an Medikamente nehmen muss. In Praxisbeispielen wird von den Versuchen berichtet, dass das Kind zeitweise heimlich die Medikation absetzt. Bei einigen Kindern kommt es zu der Annahme, dass der körperlicher Zustand tatsächlich krankhaft ist.. Anders kann das Kind sich nicht erklären, aus welchen Gründen es plötzlich Süßigkeiten und viele Lebensmittel nicht mehr essen darf. Dem Autor wurden mehrfach von den Eltern und auch von den Kindern berichtet, wie sehr das Kind sich zum Beispiel auf Kindergeburtstagen und anderen Feiern ausgegrenzt fühlt. Die Kinder spüren deutlich, dass sie nicht so sind wie die anderen Kinder. In der weiteren Entwicklung manifestiert sich die Einstellung über sich selbst. Kaum etwas, was das Kind tut, wird beachtet oder sogar gelobt. Die Eltern und die Lehrer beachten Situationen, in denen das Kind das gewünschte Verhalten zeigt, in denen es bestimmte Dinge gut kann, nicht.

Das Selbstwertgefühl sinkt immer tiefer. Das Bild des Kindes über sich selbst wird negativ. Schließlich bringen Eltern das Kind zu einem Psychologen oder Psychiater. Das ältere Kind weiß, oder spürt es zumindestens:

„Hier werden doch nur geistig Kranke behandelt.“

Also ist etwas mit dem Kind nicht nur nicht in Ordnung, also ist es nicht nur körperlich krank, sondern jetzt ist es auch noch geistig krank. Schließlich soll es in eine Gruppe mit „anderen geistig kranken Kindern“ oder allein mit dem Therapeuten Übungen machen, um wieder gesund zu werden.

Tatsächlich versteht das Kind nicht, wo oder wieso es krank ist. Ist es möglicherweise wirklich im Kopf krank?

In der Familie kommt es immer häufiger auch zwischen den Eltern zu Auseinandersetzungen. Die Frage der Schuld steht schon lange im Raum. Das Kind entwickelt im Verlauf dieser dramatischen Entwicklung ein massives Schuldbewusstsein.

Ein massives Schuldbewusstsein, eine gespürte Ablehnung, die ständige Erfahrung, Nichts wirklich „gut“ machen zu können, und das Gefühl allein und isoliert zu sein, führen zu Aggression, Depression und/oder zum sozialen Rückzug. In dieser Situation ist dem Kind jedes Mittel und jede Situation recht, in dem es positive oder wenigstens negative Aufmerksamkeit erreichen kann.

Krowatschek (1996, 5f) beschreibt in seinem Interview mit einem betroffenen Kind dessen Gefühle und die Entwicklung der Persönlichkeit in der Schule. Stephans Mutter berichtet dem Therapeuten, wie sich seine Schullaufbahn entwickelt hat:

„Bevor Stephan in die Schule kam, war er ein glückliches Kind. In der Klasse 7 verließ er die Gesamtschule „freiwillig“, die er zu diesem Zeitpunkt besuchte, auf Wunsch seiner LehrerInnen, da er disziplinarisch zu viele Schwierigkeiten machte. Er wollte neu anfangen und wechselte über auf eine Mittelpunktschule, die er bereits nach einem halben Jahr verlassen mußte. Er hatte einen Liedtext mit rechtsradikalem Inhalt mit in die Schule genommen. Aufgrund dieses Vorfalls und der disziplinarischen Schwierigkeiten wurde er vom Schulbesuch suspendiert.“

In einem Rosenbuschexperiment stellt Stephan seine Situation als Rosenbusch in der Schule vor:

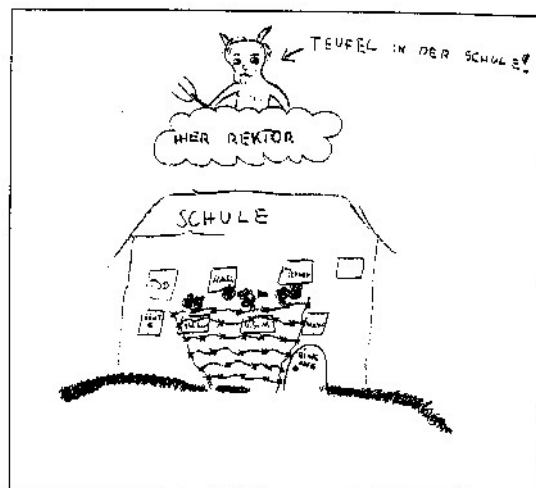


Abb. 5

aus: Krowatschek, D.(1996, 10)

„Mit meinen Freunden stehe ich vor der Schule. Neben mir wächst Unkraut. Das sind Lehrer. Neben mir ist ein Zaun. Ich lasse nichts an mich heran. Ich habe Wurzeln, damit ich standhaft bin. Der Teufel oben auf der Wolke ist der Rektor der Schule. In der Klasse herrschen Terror und Haß. Ich bin geschützt durch Stacheldraht. Man kommt nur noch von oben an mich heran.“ (Stephan, 13 J.)

In dem folgenden Ausschnitt des Interviews mit dem 13 jährigen Jungen stellt er seine Situation dar:

„Da war ich in K. im 5. Schuljahr und da hatte ich von meinem Vater die Mütze auf – so eine „Batschkapp“ und damit bin ich draußen herumgelaufen in der Pause. Dann kamen so 5 –6 Türken, die kamen dann an und haben sie mir abgenommen, haben sie sich gegenseitig zugeworfen und haben sie nicht wiedergegeben. Alle waren älter als ich. Und dann sind öfters welche gekommen, die wollten noch zeigen, wer jetzt der stärkste ist und so. Und da habe ich mich dann irgendwie mit ihnen geschlagen.

Dazu kam dann noch, daß ich zu der Zeit in K. den Generalschlüssel [für die Schule(Anm. d. Autors)] geklaut hatte. Der lag auf der Fensterbank in der Klasse und da habe ich ihn einfach abgemacht. Dann habe ihn eine Zeit behalten. Und ein Freund von mir wollte ihn dann haben zum Nachmachen. Ja, da hat der das probiert und dann wollte er mir den Schlüssel wiedergeben. Und da hat er morgens die Klasse mit aufgeschlossen, weil das ein Generalschlüssel war und ist dann erwischt worden von denen. So und dann ist er von denen gefragt worden, von wem er den Schlüssel hätte. Und dann hat er gesagt vom Stefan N. und da ist alles rausgekommen. Das war eine ganz schöne Scheiße.“ (Krowatschek 1996, 5)

Diese Falldarstellung ist sicherlich nicht repräsentativ. Sie zeigt jedoch, wie die oben beschriebene Negativspirale wirkt. Sie ist der Nährboden für negative Verstärker und die Entwicklung von weiteren Auffälligkeiten.

„Jedes Kind und jeder Jugendlicher mit ADS braucht in jedem Lebensabschnitt zumindestens einen Menschen, der an ihn glaubt, ihn mag und eine Art Trainerfunktion für ihn übernimmt. Jemanden, der die Anstrengungsbereitschaft verstärkt und nicht nur das Handlungsergebnis konstruktiv kritisiert, Anleitungen gibt und führt. Hat ein Kind/Jugendlicher in jedem Lebensalter so einen Menschen, der oft nicht Mutter und Vater sein kann, da diese möglicherweise viel zu erschöpft sind, sondern einen Verwandten, Lehrer oder Therapeuten, ist die Chance für eine positive Sozialisation groß – wenn nicht, dann kommt es leider oft zu einer unerheblichen Sekundärproblematik.“ (Neuhaus, 2000, 197)

Die Zuneigung, die Annahme und Anerkennung sind wichtige positive Sozialisationsträger. Möglicherweise liegt das Problem der Effektivität therapeutischer Interventionen an der Sichtweise einer Störung oder genauer an der Betrachtungsweise des Menschen.



Ein defizitorientierter Therapieansatz, der die Persönlichkeit des Menschen nur in Teilbereichen unter fachlichen, disziplinentorientierten Gesichtspunkten betrachtet, wird große Probleme haben, ein Kind zu einer Therapie langfristig zu motivieren. Die Motivation, als Grundvoraussetzung des Lernens, ist ein entscheidender Faktor, der über den (langfristigen) Erfolg einer therapeutischen Intervention bestimmt (vgl. Kap. V.2.).

Um diese Hypothese genauer überprüfen zu können, ist es entscheidend wichtig zu klären, welche Bedingungen der Mensch braucht, um sich zu einer selbstständigen, aktiven und positiven Persönlichkeit zu entwickeln.

### **III. Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung**

#### **1. Einleitung**

Wie in Kapitel III. dargestellt, wird der Mensch innerhalb der beteiligten Disziplinen entsprechend dem Forschungsstand betrachtet.

In der biologisch-medizinischen Disziplin wird der Mensch als biologisches Wesen verstanden. Subsysteme können in ihren Funktionen beeinträchtigt sein. Mit biologischen Mitteln und Methoden wird versucht, die jeweiligen Fehlfunktionen zu beheben.

In der Psychologie wird der Mensch als seelisches Wesen verstanden, dessen Handlungen im wesentlichen auf Erfahrungen mit der Umwelt geprägt wurden. Entstehen Probleme in der Kommunikation (Handlung) mit der Umwelt, werden verschiedene Techniken angewandt, die dazu führen sollen, dass das Subjekt sich wieder entsprechend der gewünschten Kommunikationsstrukturen verhält.

Die Pädagogik sieht den Menschen als ein Mitglied einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, eines Volkes oder Kulturkreises. Werte und Normen, Rollen und Strukturmuster sind von der Gesellschaft vorgegeben. Insbesondere der junge Mensch soll sich adaptieren, also durch Annahme und Einfügung zu einem vollwertigen Mitglied dieser Gruppe werden. Zeigt der junge Mensch Anpassungsprobleme, so werden erzieherische Methoden (Lob, Tadel) angewendet, die zu allgemeinen Verhaltensänderungen führen sollen.

Die Soziologie wiederum betrachtet weniger den einzelnen Menschen, sondern Menschengruppen. Sie untersucht, nach welchen Normen und Werten Menschengruppen handeln und generalisiert diese Normen und Werte, die von der jeweiligen Gesellschaft erwünscht werden. Somit ist indirekt die Soziologie immer an den therapeutischen Prozessen beteiligt.

Bezogen auf die ADHS-Problematik wurde in Kapitel III festgestellt, dass durch die vorgeschlagenen therapeutischen Interventionen, die aus den jeweiligen disziplinären Forschungsinteressen stammen, langfristig nicht ausreichend wirkungsvolle therapeutische Effekte erzielt werden konnten. In einzelnen Interventionen konnte empirisch sogar bei den singulären und auch bei den kombinierten Verfahren Verschlechterungen der Symptomatik festgestellt werden.

Es scheint ein Grund in der Problematik der Effektivität darin zu liegen, dass therapeutische Interventionen aus den jeweiligen Blickwinkeln der Fachdisziplinen initiiert werden.

Auf Grund der Ergebnisse der Kombinationstherapien, also die Aneinanderreihung beteiligter Fachdisziplinen, konnte keine Effektsteigerung erreicht werden. Somit kann geschlossen werden, dass auch der interdisziplinäre Ansatz kaum zur Lösung führen kann.

Es wurde gezeigt, dass eine biologische Ursache/Verursachung bei der Entstehung der Primärsymptomatik des ADHS vermutet wird. In der Auseinandersetzung mit der Umwelt entstehen unter negativen Bedingungen Sekundärprobleme, die zu einer Ausweitung der Problematik führen. Der junge Mensch wird zunehmend stigmatisiert und negative Verhaltensweisen verfestigen sich, die wiederum die weitere Entwicklung bestimmen (vgl. Kapitel III 3).

Da das ADHS-Kind in seiner Primärproblematik in unserer Gesellschaft auffällig ist, reagiert die Umwelt entsprechend auf dieses Verhalten. Würde dieses Kind in einem anderen Kulturkreis leben, wie zum Beispiel in einem Naturstamm im brasilianischen Busch, so würde dieses Verhalten nicht auffallen. Im Gegenteil, seine Fähigkeiten sich kurzfristig zu konzentrieren, seine Impulsivität und motorische Unruhe würde den jungen Mann zu einem ausgezeichneten Jäger machen. In diesem Zusammenhang würde die motorische Unruhe, die Impulsivität und die situative Wachheit als Agilität verstanden.

Aus dieser Betrachtung heraus lässt sich feststellen, dass das ADHS - Problem soziologisch gesehen eine Anpassungsproblematik zwischen dem Individuum und unseren gesellschaftlichen Normen und Werten ist.

Das ADHS in seiner Kernproblematik ist ein Kommunikationsproblem. Dieses Kommunikationsproblem führt häufig zur Pathologisierung und Stigmatisierung des Kindes (vgl. Voss 1983).

Kann ein Kind, das (unverschuldet) in einer Kommunikationsproblematik steckt, zu einer erfüllten Persönlichkeit heranwachsen? Die Lösung des Problems kann nur, wie in Kapitel III. 3 gefordert, in einem Paradigmenwechsel liegen. Das Kind sollte nicht primär von „außen“ betrachtet werden. Es sollten nicht die (scheinbar) kranken Anteile des Kindes behandelt werden, sondern die Bedingungen, die Lebensumstände sollten soweit verändert werden, dass das Kind positive Erfahrungen machen kann, die zur Auflösung des Kommunikationsproblems führen. Indem also die Bedingungen verändert werden, in denen das Kind lebt, soll die Pathologisierung und Stigmatisierung aufgebrochen werden.

Somit muss gefordert werden, dass das Kind in seiner Lebenswelt als ein ganzheitliches Wesen ernstgenommen werden soll!

Welche Bedingungen sind nun notwendig?

## 2. Identität als Faktor der Persönlichkeitsentwicklung

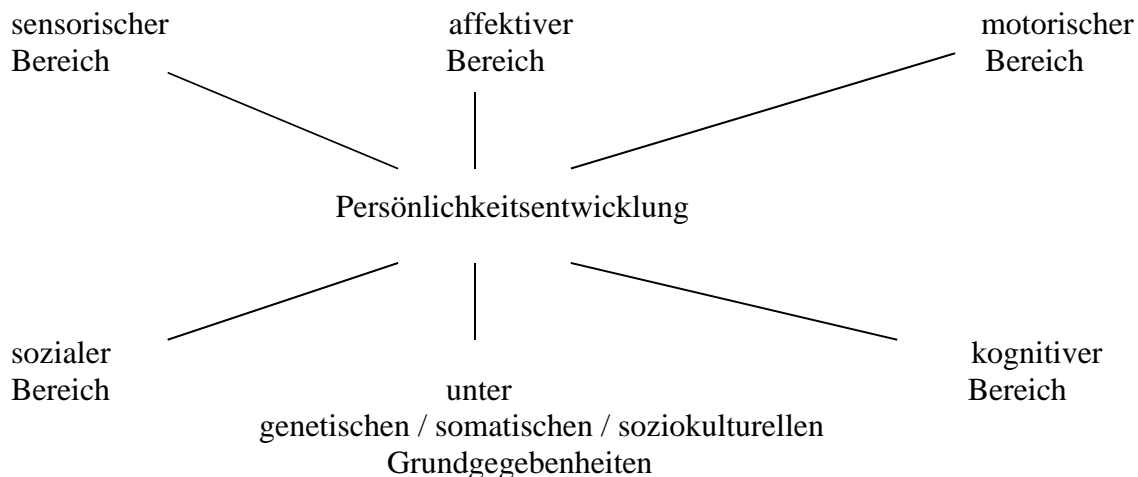
Schenk-Danzinger (1972) stellt Faktoren vor, welche die Entwicklung der Persönlichkeit beeinflussen. In diesem Modell wird die Persönlichkeitsentwicklung wie folgt verstanden (ebd. 17).

„Entwicklung fassen wir heute als einen komplexen, fortschreitenden Prozeß von Wechselwirkungen zwischen der strukturellen Reifung (Altersreife), den individuell-genetischen Anlagen (körperliche Gestalt, Intelligenz, Musikalität etc.), den Umwelteinflüssen und schließlich der Art und Intensität der individuellen Selbststeuerung auf.“

Unter Umwelteinflüssen werden einerseits Einflüsse aus dem Kulturkreis und der weiteren Umwelt (Volk, Stadt, Land, Sozialschicht, Berufsgruppe der Eltern u. s. w.) verstanden. Andererseits hat die engere Umwelt (Familie, Schule, enger Freundeskreis) Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit.

Die Art und Intensität der individuellen Selbststeuerung sind durch genetische Faktoren, mehr noch durch soziokulturelle Faktoren beeinflusst. Die Selbststeuerungsmechanismen sind von außerordentlicher Bedeutung für die Entwicklung und Ausbildung der Persönlichkeit.

An der Persönlichkeitsentwicklung sind nach Jäckel (1999) folgende Bereiche beteiligt:



Insbesondere durch den motorischen Bereich erhält das Kind wichtige Informationen für seine Persönlichkeitsentwicklung. Die Informationen, die durch den motorischen Bereich gewonnen werden, beeinflussen den affektiven und den sensorischen Bereich. In der weiteren Entwicklung prägen diese Informationen den sozialen und kognitiven Bereich.

Pickenhain (1996, 106) stellt hierzu fest:

„Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich auf der Grundlage des ererbten genetischen Programms in aktiver Auseinandersetzung mit der zufallsbedingten Umwelt. Seine Bewegungen erfolgen schon in der Gebärmutter spontan und enthalten von Anfang an psychisch orientierte Komponenten. In den selbstorganisierten funktionellen Systemen des neuronalen Netzwerkes seines Gehirns bilden sich mentale Repräsentationen seiner immer komplizierter werdenden Umweltbeziehungen aus. Sie sind die Grundlage, auf der die Motivationen erforderliche Handlungen organisieren.“

Die Motorik des Kindes erhält somit schon pränatal eine entscheidende Bedeutung in der Persönlichkeitsentwicklung, die sich in der weiteren Entwicklung fortsetzt. Durch die Bewegungen erhält das Kind wichtige Informationen über die jeweilige Position des Körpers durch die Muskel-, Sehnen- und Gelenkrezeptoren. Zum anderen erhält das Kind über den Spannungsgrad der Muskeln Informationen über die Bewegung von Körperteilen. Hierbei zeigt das vestibuläre System die Position im Raum an. Der Säugling gewinnt zunehmend Informationen über seinen eigenen Körper und seine Umwelt.

Fischer (1996b, 104) beschreibt die Entwicklung des Kindes wie folgt:

„Der Neugeborene verfügt über ein globales Selbstschema; er kann noch nicht zwischen Selbst und Umwelt differenzieren. Kernelement der Selbstentwicklung ist der Körper, über den der Säugling sehr schnell differenzierte Schematisierungen erwirbt. Diese beziehen sich sowohl auf die Wahrnehmung der materialen Umwelt („begreifen“), als auch auf die Ausbildung stabiler Personenbezüge, die zur Differenzierung von *Ich* und *Nicht-Ich* beiträgt. Die Entwicklung des Selbstkonzeptes in dieser Altersspanne ist primär wahrnehmungsgebunden. Das Ende der sensomotorischen Entwicklungsphase ist markiert durch zwei wesentliche Meilensteine: Durch ein stabiles Lageschema, d. h. durch die Fähigkeit der Lokalisation des eigenen Körpers im Raum und durch die Fähigkeit, das Selbst mit Hilfe des eigenen Namens identifizieren zu können. Die Folgezeit ist durch eine deutliche Abfolge von Entwicklungsschritten gekennzeichnet. Die Kinder sind zunehmend in der Lage, ihr eigenes Spiegelbild zu erkennen und von dem anderer zu unterscheiden (2./3. Lebensjahr).

Bis zum Beginn des Grundschulalters stehen körperliche Eigenschaften und Tätigkeiten im Mittelpunkt des Bewußtwerdungsprozesses. Auf die Aufforderung „Erzähl mir von Dir!“, adressiert an Kinder im Vorschulalter, erweist sich, daß die überwältigende Mehrzahl an Beschreibungen auf eigene Aktivitäten zielen: „*Das Selbst ist also in erster Linie das handelnde Selbst; man erkennt sich als Akteur*“ (Filipp/Frey 1988, 422).

In der mittleren Kindheit erfährt das Denken dezentrierte Züge, die 6 bis 8jährigen Kinder können ihr Verhalten von dem anderer Kinder unterscheiden und gewinnen allmählich eine Vorstellung personentypischer Verhaltensweisen. Sukzessiv entwickelt sich die Einsicht, daß der Mensch über ein psychisches Innenleben verfügt. Mit etwa 11 Jahren stabilisiert sich eine selbst-reflexive Haltung: Die Person ist nun in der Lage, über das eigene Tun nachzudenken, sich quasi außerhalb des eigenen Selbst zu stellen und seine Existenz unabhängig von der konkreten Handlung anzuerkennen. Aber erst der Jugendliche verfügt über das Potential, zwischen der verborgenen Wirklichkeit seiner psychischen Innenwelt (dem gesicherten Bild von der eigenen Person) und den Zuschreibungen (Attributionsmuster) der Außenwelt zu unterscheiden. Das Erwägen und die Einnahme einer Position zwischen Selbstkonzept und Fremdkonzept führt zu einem Selbst-Bewußtsein.“

Somit wird deutlich, dass die Erfahrungen, die durch die Motorik in der Genese gemacht werden, für die Persönlichkeitsentwicklung eine entscheidende Bedeutung in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und der eigenen Person haben.

Fischer betont, dass der Körper, sowohl physisch wie auch psychisch betrachtet, Vermittler zwischen der Person und der Außenwelt ist (ebd. 104):

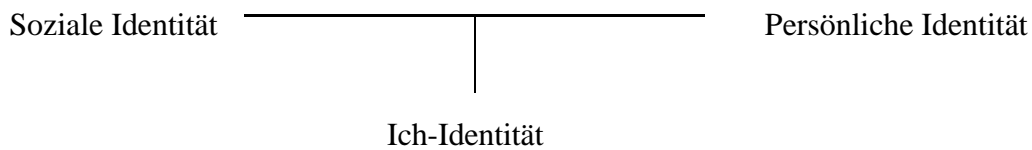
„Die Körpererfahrung erhält dadurch zeitlebens eine besondere Bedeutung für den Identitätsbildungsprozeß.“

Bei der Betrachtung der Bedingungen für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit erhält die Identität eine entscheidende Bedeutung. Der Begriff Identität wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

Die Frage, wann die Bildung der Identität in der Persönlichkeitsentwicklung beginnt, ist strittig. Neben der gängigen Auffassung, die Identitätsentwicklung beginne in der Jugend, steht die Meinung von Lüpke (1997 und 2000), „die Identität beginne von Anfang an“. Krainz, Ewald E., Huber und Jakob (1987, 474) definieren Identität in Anlehnung an die amerikanische Sozialpsychologie als das Verhältnis von individuellem Anspruch auf ein bestimmtes Selbstkonzept und dessen sozialer Anerkennung bzw. Realisierung. Identität entwickelt sich demnach in Interaktionsprozessen, die von reziproken Verhaltenserwartungen geleitet werden.

Die Autoren stellen zwei Theorietraditionen vor:

1. Der Begriff der Identität als soziales Ordnungsprinzip hat sich aus der Tradition der amerikanischen Sozialpsychologie entwickelt. Insbesondere die Identitätskonzeption von Goffman ist die bekannteste und am weitesten entwickelte Konzeption aus der genannten Tradition. Er unterscheidet zwischen einer sozialen und einer persönlichen Identität. Beide Identitätsformen werden von den Interaktionspartnern zugeschrieben. Ihnen gegenüber steht die Ich-Identität.



Die Ich-Identität kann nur subjektiv erfahren werden. Die soziale Identität bezeichnet die normativen Zuschreibungen vorgegebener Eigenschaften, während die persönliche Identität das Individuum auszeichnet. Es sind jene Merkmale, die einen Menschen zum unverwechselbarem Individuum machen.

Bei näherer Betrachtung ergeben sich gegensätzliche Erwartungen an das Subjekt. Einerseits wird von ihm erwartet, so zu sein wie alle Anderen, zum anderen wird erwartet, sich von allen Anderen zu unterscheiden. In der ständigen Auseinandersetzung mit den widersprüchlichen Erwartungen erwächst die Ich-Identität.

2. Der Theorietradition, in der die Identität als soziales Organisationsprinzip verstanden wird, steht die Identität als psychisches Organisationsprinzip entgegen. Dieser Ansatz steht in der psychoanalytischen Tradition Freuds. In seiner Libidotheorie entwickelt sich die kindliche Entwicklung in Phasen (orale, anale, infantil-genitale Phase und die Latenzzeit). Erikson (2000<sup>18</sup>) hat diesen Phasen bestimmte psycho-soziale Modalitäten zugeordnet.

Entscheidend in diesem Modell sind der epigenetische Aufbau in Phasen, die bipolare Zuspitzung jeder Phase zur Krise und die Einbeziehung der historisch-gesellschaftlichen Umwelt (vgl. Seewald 2000a, 96).

Erikson unterscheidet drei Phasen:

Phase I	Urvertrauen erwerben
Phase II	Autonomie erlangen
Phase III	Initiativ werden

Die einzelnen Phasen können nach Erikson nur erreicht werden, wenn die vorherigen erfolgreich abgeschlossen wurden. Die Voraussetzung für eine gesunde Identitätsentwicklung ist der Erwerb des Urvertrauens.

Keller (1997, 247) merkt an:

„Die einmal erworbene Bindungsqualität bestimmt (...) die Qualität späterer Beziehungen. Es ist in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen worden, daß eine sichere Bindung zur Mutter im ersten Lebensjahr prädikativ ist für die Qualität späterer Beziehungen zu den Gleichaltrigen sowie insgesamt der sozialen Orientierung.“

Bei erfolgtem Urvertrauen kann das Kind an Autonomie gewinnen.

Zu seiner Phasentheorie merkt Erikson (2000<sup>8</sup>, 58) an:

„Man kann sagen, daß die Persönlichkeit in Abschnitten wächst, die durch die Bereitschaft des menschlichen Organismus vorherbestimmt sind, einen sich ausweitenden sozialen Hintergrund bewußt wahrzunehmen und handelnd zu erleben; einen Horizont, der mit dem nebelhaften Bild der Mutter anfängt und mit der Menschheit endet – oder doch mit jedem Ausschnitt der Menschheit, der für das spezielle Leben dieses Menschen zählt.“

Die Höhepunkte jeder Phase sind durch Begriffe wie Autonomie versus Scham und Zweifel bestimmt. Durch die Gegensätzlichkeit der Zuspitzung wird die Weiterentwicklung der Identität bedroht. Dieser Zuspitzung folgt ein radikaler Wechsel der Perspektive. Das Kind muss ein neues Selbstbild entwickeln und dieses in seiner sozialen Umwelt neu verankern.

„Im Laufen-, Machen- und Sprechen können fühlt sich das Kind im zweiten Lebensjahr schon groß. Durch die sozialen Einschränkungen und Verbote muß es dieses neue Selbstbild mit seiner realen Kleinheit und Abhängigkeit, die ihm durch die Eltern vermittelt werden, vereinigen. Die Gefahr dieser Phase besteht darin, daß es sich durch die Demonstration seiner Kleinheit und Abhängigkeit blamiert und beschämt fühlt und an seinen Fähigkeiten und seinem neuen Selbstbild zweifelt.“  
(Seewald 2000, 96)

Entscheidend ist bei jeder Identitätskrise, die den Übergang in die folgende Phase begleitet, der Rückgriff auf das Urvertrauen. In dieser kritischen Situation kann das Kind auf die angesammelten guten Erfahrungen zurückgreifen, falls sie gemacht wurden (vgl. Seewald).

Das letzte Merkmal seines Modells ist die Einbeziehung der historisch-gesellschaftlichen Umwelt, die im oben beschriebenen Prozess anklingt. Seewald (ebd. 97) zitiert Erikson:

„Das Gefühl der Ich-Identität ist also die angesammelte Zuversicht des Individuums, daß der inneren Gleichheit und Kontinuität auch die Gleichheit und Kontinuität seines Wesens in den Augen Anderer entspricht, wie es sich (...) in der greifbaren Aussicht auf eine „Laufbahn“ bezeugt.“

Das soziale Umfeld spielt also eine wesentliche Rolle bei der Auslösung einer Identitätskrise. Gleichzeitig ist die Reaktion durch die Umwelt auf das neue Selbstbild ein wichtiges Faktum bei der Bewältigung der Krise.

Die Grundidee, die Seewald in Eriksons Modell sieht, ist die These und Antithese, die sich in der Krise begegnen und als Synthese eine erweiterte These entwickeln. Das Ideal und gleichzeitig das Ziel der Identitätsentwicklung ist ein Mensch, der seine Krisen positiv gelöst hat. Die entwickelte Identität sollte im gesellschaftlichen Kontext stabil gegenüber äußeren Einflüssen sein.



Seewald (ebd. 97) führt Erikson an, indem er feststellt:

„Als Königsweg zum Verständnis auch der unbewußten Dynamik von Identitätskrisen erscheint das kindliche Spiel.“

Hier klingt an, dass Erikson dem Spiel, somit der Leiblichkeit und Bewegung im sozialen Kontext, bei der Bewältigung der Identitätskrise eine hohe Bedeutung zumisst.

Lüpke (2000) kritisiert dieses Modell, indem er feststellt, dass es keinen Raum für frühere Phasen der Identitätsentwicklung zulässt (vgl. ebd. 109). Lüpke (ebd.108) geht von einem Identitätsbegriff aus,

„der Identität weder als eine vorgegebene Struktur noch als einen Entwicklungsprozeß mit Vorläufern, Übungsphasen und einer definierten Reife versteht. Stattdessen geht es hier um die Bewertung eines Gefühls, das von Beginn des Lebens an einem Prozeß im Sinne von „Thema mit Varianten“ entspricht. Die Rolle früher Entwicklungsphasen in ihrer Vernetzung mit der Umwelt werden in diesem Kontext beschrieben.“

Lüpke führt Roth (1999<sup>3</sup>) an, der davon ausgeht, dass das Kind seine Umgebung nicht „objektiv“ wahrnimmt, sondern immer, geprägt von seinen Vorerfahrungen, in einem kreativen Prozess filtert, vergleicht, identifiziert und bewertet.

Somit ist die Wahrnehmung immer ein kreativer Prozess, ein permanenter Austausch, eine Kommunikation. Die Vorerfahrungen erscheinen hier als Beziehungserfahrungen. Eine häufige Wiederholung von Vorerfahrungen führt zur Generalisierung dieser Erfahrungen.

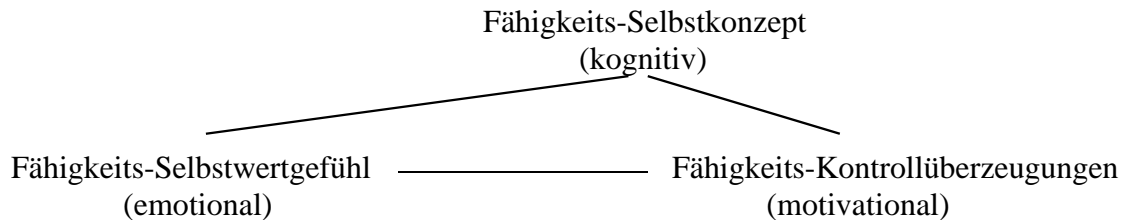
Lüpke betont, dass die Bedeutung der Erfahrungen im Bewertungsprozess nichts strukturell Definiertes ist, sondern mit dem Beginn der kindlichen Entwicklung immer subjektiv ist. Diese subjektiven Bedeutungsbewertungen sind die Voraussetzungen für die Entwicklung der Identität. Die Bewertung der Erfahrungen ist nach Lüpke also abhängig von dem subjektiven Gefühl, das durch die Vorerfahrungen geprägt ist.

Frey und Hauser (1987) gehen in ihrem eher sozialwissenschaftlichen Ansatz von situativen Erfahrungen aus, die in verschiedenen Lebensabschnitten und Lebensbereichen gemacht wurden. Diese Erfahrungen werden ebenfalls durch Wiederholungen oder Bestätigungen generalisiert und als Konzepte gespeichert.

Auf Grund dieser Konzepte entwickelt das Kind ein Selbstbild, genauer ein Selbstkonzept über sich. Das Ziel der Identitätsentwicklung ist der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes.

Dieses Modell haben Haas (1999), Fischer (1996) und Zimmer (1999a) weiterentwickelt. Das Selbstkonzept ist die Generalisierung der Einstellungen und Überzeugungen zur eigenen Person. Es unterteilt sich in das Selbstbild (neutrale Beschreibung einer Person) und das Selbstwertgefühl (vgl. Zimmer 1999, 53).

Zimmer stellt heraus, dass für die Entwicklung des Selbstkonzeptes beim Kind die eigenen Fähigkeiten, insbesondere die körperlichen und motorischen Fähigkeiten, von entscheidender Bedeutung sind. Diese führt Hausser (1997) an, der zwischen



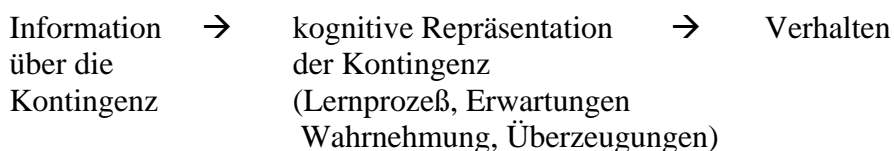
unterscheidet. In den Kontrollüberzeugungen überprüft das Kind, ob die subjektiven Beurteilungen der eigenen Fähigkeiten, die immer auch durch die Verhaltenserwartungen der Umwelt beeinflusst sind, veränderbar sind. Das Kind überprüft, ob es Einfluss auf die jeweilige Situation nehmen kann.

Nach Zimmer ist das Ziel der Identitätsentwicklung die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes. Werden häufig Misserfolge in der Bewertung der eigenen Fähigkeit erlebt und diese Bewertungen generalisiert, entwickelt sich ein negatives Selbstkonzept.

„Häufige Mißerfolgserlebnisse bergen die Gefahr, daß – zum Teil unbewußt – ein *negatives Selbstkonzept* aufgebaut wird. Das Kind wird sich im Lauf der Zeit noch weniger zutrauen, als es in Wirklichkeit kann. Wenn es dann auch noch von Erwachsenen oder anderen Kindern als „Tolpatsch“ eingestuft wird, Leistungen und Fertigkeiten von ihm erst gar nicht erwartet werden, fühlt es sich auch selbst als Versager.“ (Zimmer 2000, 57)

In einem negativen Selbstkonzept hat das Kind die Überzeugung gewonnen, Ereignisse nicht oder nicht mehr verändern zu können. Das Kind fühlt sich hilflos. Auf Grund der generalisierten Überzeugungen hat es seine Hilflosigkeit erlernt.

Seligmann (1979) hat eine Theorie entwickelt, die auf drei grundlegenden Komponenten aufbaut (ebd. 44):



Die Informationen aus der Umwelt werden in der kognitiven Repräsentation verarbeitet und führen zu einem entsprechenden Verhalten. Seligmann stellt heraus (ebd. 44), dass insbesondere die Erwartungen des Kindes von entscheidender Bedeutung sind. Sie beeinflussen die motivationale, kognitive und emotionale Störung, welche die Hilflosigkeit bestimmt.

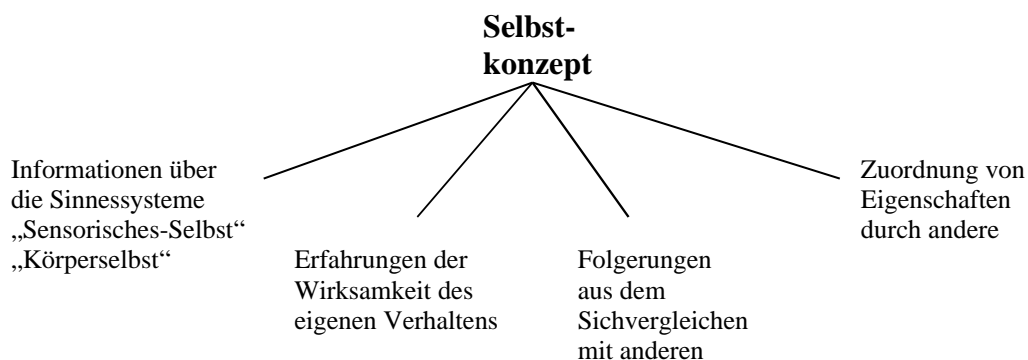
Unter einer motivationalen Störung versteht Seligmann die abnehmende Bereitschaft des Kindes, auf Ereignisse Einfluss zu nehmen. Die motivationale Störung entsteht durch eine kognitive Störung. Das Kind nimmt Ereignisse, die objektiv beeinflussbar sind, als zunehmend nicht kontrollierbar wahr. Hieraus ergibt sich das Gefühl (emotionale Störung) der Hilflosigkeit und Resignation.

Zimmer resümiert (ebd. 69):

„Ausschlaggebend sind also nicht die objektiven Ereignisse oder Handlungen, sondern die subjektiven Interpretationen der Situation.“

Die subjektiven Interpretationen bestimmen demnach die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Interpretiert werden die im Bewusstsein des Kindes ankommenden Informationen.

Zimmer entwickelte ein Schaubild zu den Informationsquellen für den Aufbau des Selbstkonzeptes (ebd. 62):



Im Wesentlichen wird das Selbstkonzept also durch die Auseinandersetzung mit der Umgebung, durch die Kommunikation bestimmt. Grundlage der Entwicklung des Selbstkonzeptes sind die Körpererfahrungen, die als die frühesten Stufen der Selbstentwicklung angesehen werden können.

„Der Aufbau des Selbstkonzeptes ist beim Kind daher wesentlich geprägt von der Art und Weise, wie es sich über seinen Körper und seine Sinne die Umwelt aneignet und sich mit ihr auseinandersetzt. Die über Körper und Bewegung gemachte Erfahrungen bilden damit auch die Grundlage der kindlichen Identitätsentwicklung.“ (ebd. 61)

Das Kind erfährt zu Beginn der Identitätsentwicklung über seine Körpererfahrungen, die über die Sinne wahrgenommen werden, von der eigenen Existenz. Die Körpergrenzen werden in der weiteren Entwicklung als die Nahtstelle zwischen einer inneren und einer äußeren Welt erlebt (vgl. Fischer 1996a). Durch diese Erfahrungen entwickelt sich das „Körperselbst“ (Zimmer 2000, 63), die erste Stufe der Entwicklung des Selbst.

Hier geht Zimmer, ähnlich wie Lüpke, davon aus, dass die Identität nicht der Abschluss der kindlichen Entwicklung ins Jugendalter darstellt, sondern ein Prozess von Anfang an ist, der mit den Körper- und Bewegungserfahrungen beginnt.

Zimmer definiert das Selbst im Verhältnis zum Selbstkonzept wie folgt:

„Das *Selbst* betrifft die eigene Person, ihre Befindlichkeit, ihre Emotionalität, das *Selbstkonzept* dagegen umfaßt die Theorie über sich selbst, die Summe der Annahmen über die eigenen Fähigkeiten, Rollen und Bilder über sich selbst.“ (ebd. 61)

Durch die Entwicklung des Körperselbsts beginnt die Kommunikation des Kindes mit der Umwelt. Hier werden die Grundlagen des Selbstkonzeptes und damit die Entwicklung der Identität gelegt. Ein wesentliches Ziel der positiven Identitätsentwicklung ist die Entwicklung der Selbstständigkeit. Indem das Kind sich als Urheber von Handlungen begreift und erfährt, dass es auf Handlungen einwirken, somit kontrollieren kann (Seligmann), kann sich eine positive Identität entwickeln.

„Auf die Umwelt einwirken zu können, selbst etwas verändern, eine Situation unter Kontrolle haben zu können, hat hohen Einfluß auf die Entwicklung des Selbstkonzepts.“ (Zimmer 2000, 65)

Der Mensch wird in diesem Modell als ein aktives Wesen verstanden. Bei einer positiven Entwicklung ist das Kind nicht den Einflüssen, Normen, Werten und Urteilen der Umgebung ausgeliefert, sondern kann aktiv auf die Umwelt durch sein Handeln und auf Veränderungen der Umweltbedingungen einwirken.

Wichtig für diesen Prozess sind nach Seligmann und Zimmer Spielräume im Austausch mit der Umwelt, die

- Entscheidungsfreiräume und
- Handlungsspielräume

zulassen. Als Entscheidungsfreiraum wird die Möglichkeit verstanden, die Wahl haben zu können, eine Handlung auszuführen oder zu unterlassen.

Ein großer Handlungsspielraum gibt dem Kind die Möglichkeit, mit dem ihm zur Verfügung stehenden Mittel zu experimentieren und eigene, ihm sinnvoll erscheinende Lösungen zu finden (vgl. Kap. V.).

### 3. Die Bedeutung des Spiels

Kinder spielen, wann immer sie dazu Gelegenheit und Möglichkeiten haben. Bei näherer Betrachtung sind die kindlichen Spiele nicht zufällig und sinnentleert.

Die Bedeutung des kindlichen Spiels wird in der Theorie bio-physikalisch als auch verhaltenspsychologisch diskutiert.

Einerseits wurde die erregungsregulierende Funktion des Spiels, insbesondere nach Ellis, Berleiner und Heckhausen (1960) diskutiert. Brambring und Tröster haben diese Funktion im Spielverhalten blinder und sehender Kinder (1991) untersucht. Die zentrale Aussage dieses Ansatzes ist, dass jeder Organismus bestrebt ist, das Erregungsniveau des Zentralen Nervensystems in einem niedrigen Grundzustand zu halten.

Der Ansatz beschreibt zwei Erregungszustände, die von dem Grundzustand abweichen. Einerseits wird von einer mangelnden Anregung, also von einer Unterstimulation ausgegangen. Durch eine aktivere Informations- und Handlungsaufnahme durch das Medium Spiel kann das Erregungsniveau ausgeglichen werden.

Andererseits kann eine Anregungsüberflutung vorliegen. Durch zunehmende Passivität kommt es zur Entspannung und damit zur Wiederherstellung des niedrigen Grundzustandes.

Bezogen auf das ADHS trifft dieser Ansatz jedoch nicht die Problematik. Nicht äußere Reize sondern die Unterversorgung des Gehirns führt offenbar zu dem erhöhten Spannungszustand.

Der verhaltenspsychologische Ansatz geht davon aus, dass die Kinder ihren Spielen einen Sinn geben. Die Themen der Spiele sind häufig aus ihrem direkten Lebensbereich oder ihrer Phantasie entstanden. Die Kinder spielen Szenen in einer Phantasiewelt nach, spielen Situationen nach, die sie erlebt haben, oder üben spielerisch Rollen ein, die sie später übernehmen werden.

In der kindlichen Entwicklungsphase ist das Spiel das Medium, mit dem die Kinder sich mit der Umwelt und der eigenen Befindlichkeit auseinandersetzen. Im Spiel haben sie die Möglichkeit, so zu sein, wie sie sein wollen oder neue veränderte Verhaltensweisen spielerisch zu erproben.

Somit bekommt das Spiel für die therapeutische Intervention eine besondere Bedeutung. Das Spiel soll hier nicht verstanden werden als eine Form der sensomotorischen Übungsbehandlung mit didaktischen Lehrmitteln und auch nicht als Methode, durch die isolierte Funktionsabläufe in der Schule oder Therapie geübt werden sollen, sondern in dem oben beschriebenen Sinn und Inhalt ihres Spiels. In einem so verstandenen Sinn ist die Spielmotivation der Kinder besonders hoch. Die Kinder können sich als

„selbstbestimmte, auf die Welt einwirkende, sie gestaltende und verändernde Wesen erfahren.“ (Callies 1975, 20)

Das Kind erlebt sich als handelndes Wesen. Es

„bewegt sich im Rahmen konkreter Wirklichkeiten und begegnet in seinen subjektiven Ambitionen immer der Widerständigkeit der Realität, sei es im Hinblick auf reale Objekte, die sich doch nicht so verwenden lassen, wie es der Spieler wohl möchte, sei es in bezug auf reale Personen, die eigene Bedürfnisse und Vorstellungen über den Spielverlauf haben.“ (ebd. 21)

Im Spiel mit Gegenständen, dem eigenen und fremden Körper entdeckt das Kind sensomotorisch die ihm umgebene Welt. Das Kind erlebt die Gegenstände auf Grund ihrer Merkmale und kann eine Vorstellung über diesen Gegenstand entwickeln.

Weiterhin kann es neben den Eigenschaften und Merkmalen auch mögliche Funktionen des Gegenstandes überprüfen. Das Kind experimentiert und erprobt, welchen Sinn dieser Gegenstand im Zusammenhang mit anderen Materialien haben kann. Den jeweiligen Sinnzusammenhang bestimmt das Kind selbst.

Weiterhin kommen den sozialen Erfahrungen im Spiel eine besondere Bedeutung zu.

„Dabei erwerben Kinder aber zugleich auch wichtige Erfahrungen der Anpassung an die Spielregeln, der Rücksichtnahme und auch der Notwendigkeit zur Zurückstellung eigener Bedürfnisse zum Zweck der Aufrechterhaltung einer gemeinsamen Tätigkeit. Dazu gehört auch die Fähigkeit, verlieren zu können, ohne Aggression zu zeigen.“ (Nickel 1981, 163)

„Das Kind erfährt, daß das eigene Verhalten Auswirkungen auf das Verhalten anderer hat und lernt zunehmend bei den Spielpartnern auf Mimik und Gestik, Körperhaltung, Intonation, Tonhöhe und Tempo der Sprache als sinnvolle Signale zu achten, diese in ihrer spezifischen und situativen Bedeutung zu verstehen und das eigene Verhalten danach auszurichten.“ (Fischer 1998, 240)

Insbesondere das ADHS-Kind hat durch seine Impulsivität und motorischen Unruhe Probleme in diesem Bereich. Im Spiel kann das ADHS-Kind auch scheinbar fehlerhaftes, störendes Verhalten in einen neuen Sinnzusammenhang stellen. Als Pirat oder Kapitän werden gerade Impulsivität und Kampfbereitschaft erwartet (vgl. Zimmer 1993, 1995).

Schließlich kann das Kind Situationen, die es erlebt hat, nachspielen.

„Die Verarbeitung der Erlebnisse geschieht auf mittelbare Weise: Die Kinder spielen sich das Problem, das sie belastet, einfach „vom Leib“. Das Spiel hat hier eine kathartische, reinigende Funktion.“ (Zimmer 1999, 84)

So hat das Spiel als Medium in der Therapie eine wichtige Funktion. Die Kinder haben im Spiel die Möglichkeit, negative Selbstkonzepte zu verändern, Kommunikationsprobleme zu lösen und Alternativen für störendes Verhalten zu erproben. Das Spiel bietet die Möglichkeit, die selbstheilenden Kräfte in der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes freizusetzen.

#### **4. Schlussfolgerungen und Forderungen an eine ganzheitlich-systemische Intervention**

Resümierend ist festzustellen, dass die ADHS-Symptomatik in ihrer Ausprägung und Entwicklung von komorbiden Problematiken, neben der biologisch verursachten Grundproblematik, durch die jeweils vorherrschenden Erwartungen der Umgebung bestimmt wird. Diese Erwartungen sind geprägt durch die jeweiligen vorherrschenden Werte des Kulturkreises und Gesellschaft die system-historisch einem ständigen Wandel unterliegen. Sie beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung in einem hohen Maße.

Verhaltensweisen, die nicht den vorherrschenden Erwartungen entsprechen, werden von der Gesellschaft, also weniger vom Individuum selbst, als auffällig interpretiert. Der Einsatz von Therapie und der Zeitpunkt werden beeinflusst durch den jeweiligen historisch entwickelten wissenschaftsdisziplinischen Sichtweise der Behandler. Normiert wird die jeweilige Diagnose, wie oben beschrieben, nach den jeweiligen gesellschaftlichen Erwartungen.

In dem Fall, in dem das Verhalten eines Individuums nicht den normalen Verhaltensschemata entspricht, wird ein Individuum auffällig. Unter einer ungünstigen Aspektierung, also unter negativen Umweltreaktionen, kommt es in einem psychodynamischen Prozess zur Pathologisierung und Stigmatisierung. Diese Bedingungen führen zu einer Verschärfung der Basisproblematik und provozieren in einem hohen Maße weitere komorbide Störungen.

Die Grundlage einer positiven Persönlichkeitsentwicklung ist die Befriedigung der Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Anerkennung. Es wurde festgestellt, dass sich in der ADHS-Problematik proportional zu ungünstigen Sozialisationsbedingungen komorbide Störungen entwickeln. Somit kann geschlossen werden, dass sich das ADHS-Kind in einer fortgeschrittenen Entwicklung, bezogen auf die oben beschriebene Befriedigung der emotionalen Grundbedürfnisse, in einer Konstellation befindet, das es als affektiv-lebensbedrohlich interpretiert. Somit sind komorbide Störungen eine Reaktion auf die bedrohte Situation, also verzweifelte Versuche des Selbstschutzes und die Suche nach neuen Formen, die Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Anerkennung zu befriedigen, indem die Vorzeichen negiert werden. Wut, negative Auseinandersetzungen und Ablehnungen sind keine neutralen Reaktionen, sondern das betreffende Kind findet mit dem geänderten Verhalten eine hohe Form der Beachtung.

Andererseits bewertet das Kind diese Erfahrungen. Die Bewertung von Vorerfahrungen, die in der vorherigen Entwicklung generalisiert wurden, beeinflussen die aktuellen Erwartungen des Kindes in der jeweiligen Situation. Diese subjektiven negativ gefärbten Erwartungen beeinflussen wiederum die Erwartungshaltung der gesellschaftlichen Umgebung. Die Reaktion der gesellschaftlichen Umgebung, die beeinflusst ist durch die negative Erwartung, provoziert wiederum Schutz- und Verteidigungsreaktionen des ADHS-Kindes.

Eine Negativspirale beginnt sich zu drehen, aus der das Kind ohne Hilfe nicht mehr herauskommt (vgl. Voss, Lüpke, Zimmer). Dieser Negativspirale liegt letztlich ein kommunikatives Problem zu Grunde. Das ursprünglich biologisch verursachte ADHS-Verhalten wurde im Prozess beidseitig als ein aggressiver Akt uminterpretiert, der entsprechende pädagogische und psychologische Strategien provozierte.

Es wurde festgestellt, dass diese Negativspirale therapeutisch effektiv nur durch einen radikalen Paradigmenwechsel gelingen kann. Das Kind muss als ganzheitliches Wesen ernstgenommen werden und als gleichwertiger Kommunikationspartner akzeptiert werden.

Die Kommunikationsstörungen können nur gelöst werden, indem die Bedingungen der jeweiligen Lebensumstände für das Kind insofern geändert werden, als dass das Kind (wieder) zu einer positiven Bewertung der jeweiligen Situation kommen kann (vgl. Kap. V.).

Wird die oben beschriebene Negativspirale nicht durchbrochen, werden die jeweiligen neuen Erfahrungen wieder negativ durch das Kind bewertet, erlebt das Kind sich in einer Situation, in der es Konflikte nicht mehr positiv, im Sinn der Bedürfnisbefriedigung bzw. der gesellschaftlichen Erwartung entsprechend, beeinflussen kann. Es lernt hilflos zu sein (vgl. Seligmann) und verhält sich in den zukünftigen Situationen motivational, kognitiv und emotional entsprechend (self-fulfilling prophecy) .

Somit ist eine positive Persönlichkeitsentwicklung durch das Kind selbst von entscheidender Bedeutung. Ein wichtiger Faktor in der Identitätsentwicklung ist die Selbstständigkeit (Zimmer 1999, 25). Selbstständigkeit wird erlernt, wenn das Kind sich als Urheber von Handlungen versteht. Diese Erfahrungen kann das Kind nur erleben, wenn es erfährt, dass es auf Handlungen einwirken kann, wenn es Situationen verändern kann, sie kontrollieren und beeinflussen kann (Kontrollüberzeugungen).

Diese Erfahrungen führen zu der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes. Nach Frey, Hauser und Zimmer ist das eigentliche Ziel der Identitätsentwicklung der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes. Hierbei ist, wie oben dargestellt, die positive Bewertung von Beziehungserfahrungen (vgl. Lüpke) von wesentlicher Bedeutung für die Identitätsentwicklung.

Eine positive Bewertung erfolgt, wenn das Kind ein Urvertrauen erworben hat (Erikson) und sich als „angenommen in der Welt“ erlebt. Wenn es sich „angenommen in der Welt“ erlebt und gleichzeitig handlungsfähig ist, kann es Lebenskrisen positiv bewältigen (Erikson). Nur durch die Erfahrung des Angenommen seins und der Handlungsfähigkeit (Autonomie) kann das Kind sich positiv entwickeln und initiativ werden. Die Grundforderung an eine therapeutische Intervention ist also nicht primär die Behandlung der Basissymptome (Konzentrationsmangel, Impulsivität, Hyperaktivität), sondern es muss ein Rahmen geschaffen werden, indem das Kind ein neues Selbstbild entwickeln kann (vgl. Zimmer 1999, 59)(vgl. Kap. V.2, 8).



Es müssen Bedingungen geschaffen werden, in denen das Kind zunehmend besser seine Krisen positiv lösen kann und dieses neue Selbstbild muss zunehmend stabiler gegenüber äußeren Einflüssen werden (Erikson, Seewald).

Indem das Kind erfährt, dass es in der Welt angenommen und handlungsfähig ist, entwickelt es ein inneres Gleichgewicht. Auf Grund der neu erlebten Vorerfahrungen, die immer subjektiv beurteilt sind, entwickelt das Kind das Gefühl der Kontinuität. Die Kontinuität, genauer das Gefühl der Kontinuität, entwickelt die Zuversicht, dass in der Kommunikation mit der Umwelt sich ein neues Selbstbild, das Gefühl der Ich-Identität, also ein positives Selbstkonzept entwickelt.

Die zunehmende Fähigkeit, Konfliktsituationen selbstständig positiv zu lösen, also die Entwicklung von Selbststeuerungsmechanismen (Schenk-Danzinger) sind von außerordentlicher Bedeutung für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes.

Grundlage der Entwicklung des positiven Selbstkonzeptes sind die Körpererfahrungen (Zimmer). Der Körper als der Mittler zwischen der Innenwelt des Kindes und der Umwelt hat insbesondere im Kindesalter eine zentrale Bedeutung (Fischer).

Das ADHS-Kind sucht immer wieder sensorische Reize, insbesondere aus dem vestibulären und kinästhetischen Bereich (Kiphardt). Das Kind muss die Möglichkeit haben, diese Reize unbewertet zu befriedigen. Somit müssen die räumlichen und materiellen Bedingungen geschaffen werden, wodurch das Kind sensorische Erfahrungen machen kann (Zimmer).

Entsprechend der kindlichen Entwicklungsstufe ist das Spiel der geeignetste Rahmen, in den diese Erfahrungen gemacht werden können. Im Spiel kann das Kind erlebte Situationen verarbeiten und neue Verhaltensweisen erproben (Probehandeln). Im Spiel kann es erleben, welche Fähigkeiten es hat und motorische Schwächen ausgleichen.

Weiterhin soll das Kind im Spiel die Möglichkeit erhalten, sich frei auszutoben. Die ungehemmte Möglichkeit sich auszutoben ist für das ADHS-Kind die Voraussetzung, im Spiel zu längeren Phasen der Konzentration zu kommen.

Das Spiel soll nach Zimmer in freien und unbelasteten Entscheidungsfreiräumen und Handlungsspielräumen stattfinden, so dass das Kind sich selbst als handelndes aktives Wesen erlebt.

Durch den Aufbau eines nach außen hin stabilen Selbstkonzeptes und somit einer stabilen Identität entwickelt das Kind sozusagen aus sich heraus eine stabile Persönlichkeit.

Ein Konzept, das die ganze Persönlichkeit des Kindes sieht und das Kind im Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes begleitet, wird längerfristige und intensivere Verhaltenserfolge erreichen. Das Kind wird nicht vom Erwachsenen mit bestimmten Techniken zu erwünschten Verhaltensweisen gebracht, sondern das Kind entwickelt eine Persönlichkeit auf Grund eigener Entscheidungen aus sich selbst heraus.

Dieser Zusammenhang kann möglicherweise das Ausbleiben langfristiger Therapieerfolge in den traditionellen Interventionsversuchen erklären.

Andererseits zeigen die bisherigen Forschungsergebnisse, dass neben der Entwicklungsbegleitung des Kindes eine Intervention im familiären und schulischen Bereich zwingend notwendig ist.

„Den psychosozialen Faktoren kommt für den Verlauf und der Schweregrad eine Katalysatorfunktion zu.“ (Frölich 2000, 24)

Da das Kind nicht isoliert ist, sondern als Teil der Gesellschaft, in der es sich bewegt, im wechselseitigen Prozess steht, muss eine Entwicklungsbegleitung auch auf die Schule, Kindergarten und Elternhaus ausgedehnt werden.

Wenn dies nicht geschieht kann ein Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes gefährdet sein, da durch die oben beschriebenen negativen Verhaltensweisen der Umwelt die Stigmatisierung weiterhin bestehen bleiben würde.

Wie der Aufbau einer positiven Identifikation beim Kind durch die Entwicklung eines entsprechenden Selbstkonzeptes und einer Interaktion in der Schule und Familie entwickelt werden könnte, wird im folgenden Modell dargestellt.

#### **IV. Modell einer ganzheitlich-systematischen Entwicklungsbegleitung**

##### **1. Einleitung**

Es wurde festgestellt, dass bei der Entwicklung einer therapeutischen Intervention in dem diskutierten Sinn wesentliche Grundbedingungen erfüllt sein müssen, um langfristige Erfolge zu erreichen.

In Kapitel II wurden unterschiedliche Sichtweisen der Erkenntnisgewinnung über den Menschen diskutiert. Es wurde resümiert, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Methode der Erkenntnisgewinnung und der Wahl der therapeutischen Intervention gibt. Hierbei wurde problematisiert, dass eine disziplinentorientierte Sichtweise die Problematik des ADHS in seiner individuellen Ausprägung nicht vollständig erfassen kann. Auch die Zusammenstückelung der beteiligten Einzeldisziplinen zu einem interdisziplinären Ansatz hat in der therapeutischen Praxis keine nachhaltigen Erfolge bewirken können. Dieses Erkenntnis muss zu einem radikalen Paradigmenwechsel führen. Der Mensch soll nicht mehr defizitorientiert betrachtet werden, sondern ganzheitlich als *eine* Person, als eine handelnde Person in seiner jeweiligen Entwicklungsphase.

Das Kind soll als ein eigenständiges, handelndes Wesen ernst genommen werden. Wenn ein Kind somit nicht mehr disziplinentorientiert und defizitär betrachtet wird, sondern als ein ganzes Wesen mit all seinen Stärken und Schwächen und der Fähigkeit, als handelndes Wesen eigene Entscheidungen zu treffen, kann in diesem Sinn nicht mehr von einer gezielten therapeutischen Intervention von Außen, sondern von einer Entwicklungsbegleitung gesprochen werden. Dieser Begleitung, die nicht ein Kontingent von isolierten Behandlungsstunden über zehn Wochen verteilt umfassen kann, muss eine längere Phase der Entwicklung beinhalten. Eine so verstandene Entwicklungsbegleitung kann somit lediglich erweiterte Erfahrungsräume anbieten und als anfänglicher Entscheidungshelfer fungieren.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf das Zitat von Bertold Brecht aus Kapitel I.4. hinweisen:

„Der verkrüppelte Baum auf dem Hof  
zeigt auf den schlechten Boden, aber  
die Vorübergehenden schimpfen ihn einen Krüppel.“

Ein verbessertes Verständnis der Handlungen des Kindes kann nur erreicht werden, wenn das Kind in seinen jeweiligen Lebenszusammenhängen betrachtet wird, also in den jeweiligen Systemen. Diese systemische Sichtweise, wie dargestellt, führt zu der Erkenntnis, dass nicht ein Fehlverhalten, sondern eine Kommunikationsstörung, die sich in unterschiedlichen Graden manifestiert hat, vorliegt. Somit besteht die weitere Aufgabe des Therapeuten darin, diese Kommunikationsstörung systemisch aufzubrechen.

Ziel einer so verstandenen ganzheitlichen Entwicklungsbegleitung ist es somit nicht primär die Behandlung der Basissymptome, sondern die Begleitung in einer Entwicklung zu einem selbstverantwortlichen und sozialen Wesen. Innerhalb dieser Entwicklung kommt der Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kap. IV.2.).

## **2. Rahmenbedingungen des Modells**

### **2.1. Zusammenfassung der Forderungen**

Für eine positive Entwicklung des Selbstkonzeptes ist das Vorhandensein ausreichender Handlungsspielräume und Entwicklungsfreiräume (vgl. Zimmer 2000) Voraussetzung.

Diese Handlungsspielräume müssen positiv belegt sein. Das Kind muss die Möglichkeit haben, sein eigenes Handeln positiv bewerten zu können. So kommt das Kind in der weiteren Entwicklung zur positiven Uminterpretation des eigenen Handelns und somit zur veränderten subjektiven Interpretation über sich selbst. Es erfährt, dass es durch sein Handeln positiv auf die Umwelt einwirken kann. Somit fühlt sich das Kind in dem geschützten Rahmen der therapeutischen Entwicklungsbegleitung zunehmend sozial angenommen. Durch die Kontinuität dieser Erfahrungen entdeckt sich das Kind zunehmend als aktives Wesen.

Hierbei hat das Spiel in dem diskutierten Sinn eine zentrale Bedeutung. Das Kind schließt Entwicklungslücken, indem es fehlende sensomotorische Erfahrungen in der Umwelt entdeckt. Es experimentiert im Spiel mit Gegenständen und entdeckt neue Handlungsmöglichkeiten in der materialen Umwelt. Gleichzeitig erlebt es Erfolge als ein aktives Wesen. In der sozialen Auseinandersetzung im Spiel kann es mit sozialen Erfahrungen experimentieren, gemachte soziale Erfahrungen verarbeiten und neue positive Verhaltensweisen im sozialen Kontakt entwickeln. Zentrale Bereiche im Spiel sind neben den körperlichen und materialen Erfahrungen insbesondere die sozialen Erfahrungen. Das Kind erfährt sich zunehmend als ein sozial angenommenes Wesen (vgl. Kap. IV.3.).

In einem so geforderten Rahmen einer Entwicklungsbegleitung kann das Kind (wieder) Selbststeuerungsmechanismen entwickeln, die in der weiteren Entwicklung des Selbstkonzeptes selbstheilende Kräfte (vgl. Zimmer) zunehmend freisetzen sollen (vgl. Kap. IV.2.).

### **2.2. Die psychomotorische Pädagogik und Therapie**

Ein wesentlicher Teil der erhobenen Forderungen läßt sich im psychomotorischen Ansatz wiederfinden.

Der psychomotorische Ansatz wurde 1955 von Ernst J. Kiphard in Zusammenarbeit mit dem damaligen Kinderpsychiater Hünnekens (1960) an einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Güterloh entwickelt.

Kiphard sah als junger Sportstudent die Bewegung als ein wichtiges therapeutisches Mittel an. Jedoch kritisierte er die ständigen Wettkampfspiele, wobei die Kinder sich gegenseitig unter Stress setzen. Er ersetzte diese Wettkampfspiele durch ein „fröhliches Miteinander“.

Das Ziel Kiphards war nicht nur die sportliche Bewegung, sondern eine Unterstützung der Entwicklung der Gesamtperson.

„Das Hauptanliegen eines ganzheitlich konzipierten motopädagogischen Bemühens kommt in der wirkungsvollen Unterstützung der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung des Kindes zum Ausdruck. Dabei geht es um Hilfen zur Entfaltung der individuellen Handlungsmöglichkeiten einerseits und um die Befähigung zur Lösung sozialer Aufgaben andererseits.“ (Kiphard 1980, 73)

Er entwickelte ein Übungsprogramm aus Elementen der Krankengymnastik, Rhythmik, Gymnastik, Turnen, Sport und Sinnesschulung. Dieses Bewegungsprogramm nannte er „Psychomotorische Übungsbehandlung“.

Kiphard nannte sein Konzept „psychomotorisch“, da nicht nur die Motorik, sondern auch die kognitiven und emotionalen Anteile durch seine Übungsbehandlung angesprochen und gefördert werden sollten.

Entsprechend dem Verständnis des Menschen als eine Gesamtpersönlichkeit im Sinne der humanistischen Weltanschauung gliederte er die therapeutische Förderung des Kindes in drei große Lernbereiche:

1. Wahrnehmungsbereich
2. Bewegungsbereich
3. Emotional-sozialer Bereich

Er erkannte, dass diese drei Bereiche in einer Förderung der Gesamtpersönlichkeit in einer reziproken Abhängigkeit stehen.

„Jede Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit macht sich auch im Bewegungsbereich bemerkbar. Umgekehrt sind bewegungsschulende Aufgaben dazu angetan, eine Verbesserung der Sinneswahrnehmung herbeizuführen.“ (ebda 73)

Ein Kind, das in der Wahrnehmungsfähigkeit und in der motorischen Bewegung sicherer wird, kann sich zunehmend auch emotional und sozial öffnen.

Kiphard wandte sich gegen das negative Betrachten des Kindes, indem die Störungen und Defizite des Kindes aufgezählt werden. Sein Ansatz will die

Stärken des Kindes stärken.

Auf Grund der Therapieerfolge wurde sein Ansatz bekannt und öffentlich diskutiert. Um den Wünschen nach Ausbildung und Fortbildung nachkommen zu können wurde der Aktionskreis Psychomotorik gegründet. Von nun an wurde in Kommissionen und Arbeitsgruppen die Psychomotorik „lehrbar gemacht“ (vgl. Zimmer 2000,18).

Der Begriff der „Psychomotorischen Übungsbehandlung“ wandelte sich in der Weiterentwicklung der Konzeption. In der zunehmenden „Lehrbarmachung der Psychomotorik“ wurde die Motologie, die Wissenschaft von der Psychomotorik, entwickelt, die sich im folgenden Schaubild darstellen lässt.

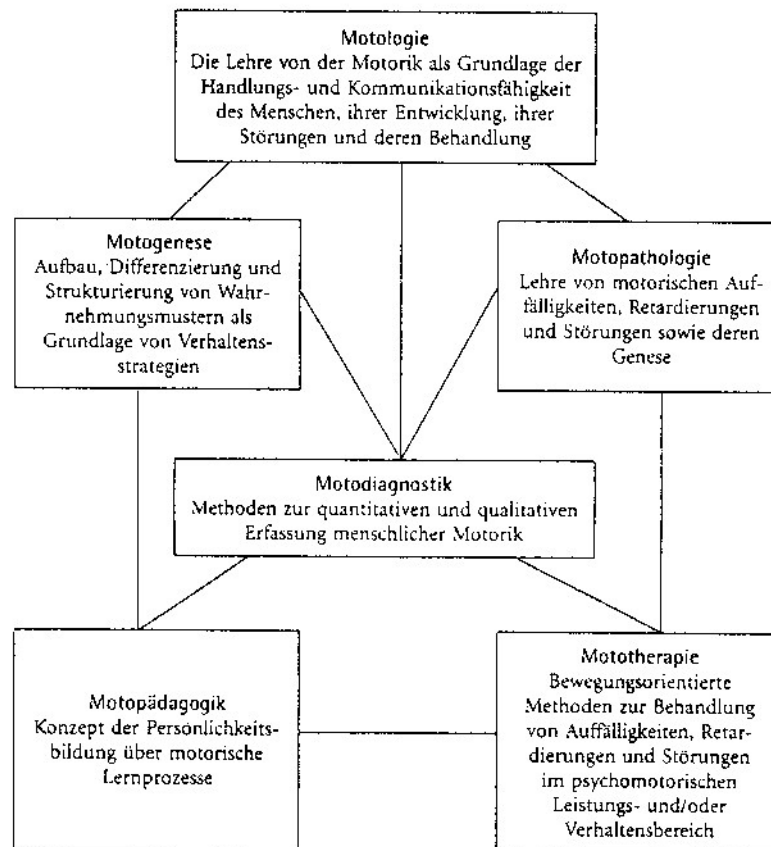


Abb. 6

aus: Zimmer, R. (2000, 20)

In der weiteren Entwicklung wurden Fachschulen für Motopädie und schließlich Lehrstühle an der Universität Marburg und später in Erfurt eingerichtet. Diese universitären Ausbildungen schließen mit dem Grad eines Diplom-Motologen ab.

In der Phase der „Lehrbarmachung der Psychomotorik“ sind insbesondere Zimmer, Schilling, Fischer u. a. zu nennen, welche die Lehrbarmachung erst ermöglicht haben.

Das Ziel der modernen Psychomotorik insbesondere in der Pädagogik und Therapie wird von Zimmer (2000, 22) wie folgt definiert:

„Ziel psychomotorischer Förderung ist es, die Eigentätigkeit des Kindes zu fördern, es zum selbständigen Handeln anzuregen, durch Erfahrungen in der Gruppe zu einer Erweiterung seiner Handlungskompetenz und Kommunikationsfähigkeit beizutragen. (...) Psychomotorische Förderung verfolgt damit einerseits das Ziel, über Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit beizutragen – also das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken -, andererseits soll jedoch auch eine Bearbeitung motorischer Schwächen und Störungen, aber auch der Probleme des Kindes in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt ermöglicht werden.“

Dies soll geschehen, indem die Kinder Erfahrungen in den Bereichen der Ich – Kompetenz, also der Körpererfahrungen bzw. der Selbsterfahrungen, der Sachkompetenz, also der Material – Erfahrungen und schließlich der Sozialkompetenz sammeln.

Durchgeführt werden die psychomotorischen Förderungen in der Regel in den Turnhallen der Schule oder in Bewegungsräumen der Kindergärten, sowie in den Praxen der Krankengymnasten oder Ergotherapeuten.

„Im Vordergrund stehen *erlebnisorientierte Bewegungsangebote*, die dem Kind die Möglichkeit geben, sich selbst als wichtiges Mitglied der Gruppe zu erfahren, die den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes unterstützen und ihm Erfahrungen des Selber-Wirksam-Seins vermitteln.“ (ebd. 24)

Somit wird deutlich, dass das heutige moderne Verständnis von psychomotorischer Förderung weniger eine Übungsbehandlung, sondern vielmehr ein erlebnisorientiertes miteinander Spielen ist. Die Inhalte der Stunden werden weniger durch den Therapeuten, sondern eher durch die Ideen und Kreativität des Kindes bestimmt.

In der Entwicklung der Psychomotorik von der psychomotorischen Übungsbehandlung hin zur Motologie haben sich drei voneinander zu unterscheidende Richtungen entwickelt. Einerseits gibt es die Richtung der „Verstehenden Psychomotorik“. Diese Richtung wird insbesondere von Hammer und Seewald vertreten. Hier werden die Bewegungen des Kindes als symbolisierte Handlungen verstanden. Die Handlungen des Kindes werden als Mitteilungsmuster verstanden, durch die sich das Kind, entsprechend seines individuellen Entwicklungsstandes, ausdrückt. Kann der Therapeut die verschlüsselten Botschaften decodieren, so versteht er die Lebensgeschichte des Kindes und kann entsprechend handeln. Gleichzeitig werden im Spiel Erlebnisse verarbeitet, sodass das symbolische Spiel als eine Methode zur Selbstheilung verstanden wird.

Zimmer (2000, 46) führt Motivationen an, die zum symbolischen Spiel führen können:

- „- das *Nachholen* bzw. *Aufarbeiten von Erfahrungen*, die in der frühen Kindheit nicht oder nicht lang genug gemacht wurden (so kann z. B. das sanfte Geschaukeltwerden Stimmungen früher Geborgenheit reaktivieren);
- mögliche *Rollen und Bilder* von sich selbst werden entworfen und ausprobiert;
- *Hoffnungen, Wünsche und Ängste* können im Spiel – häufig mit Rollentausch – dargestellt werden;
- die durch die Medien auf sie einströmenden *Bilder* werden auf den eigenen Erlebnishorizont übertragen. Indem Kinder sie *nachspielen*, werden aus den aus zweiter Hand vermittelten Erfahrungen solche aus erster Hand.“

Eine Gefahr in diesem Ansatz sieht Zimmer in einer möglichen Überinterpretation kindlicher Handlungen.

Neben dem „Verstehenden Ansatz“ hat sich der Zweig des „systemisch-konstruktivistischen Ansatzes“ entwickelt. Die wichtigsten Vertreter dieser Richtung sind Klaes/Walthers und Balgo. Diese Theorie geht einerseits von der Systemtheorie und andererseits vom Konstruktivismus aus. Die Grundannahme ist, dass eine objektive Wirklichkeit nicht existiert, sondern dass jeder Mensch sich seine Wirklichkeit selbst konstruiert. Bezogen auf die ADHS – Problematik bedeutet dies, dass die Problematik objektiv nicht existiert, sondern eine Interpretation des Beobachters in der Wechselwirkung zwischen dem Betrachter und dem zu Beobachtenden ist. Entscheidend im systemisch – konstruktivistischen Ansatz ist das Wissen, dass es keine objektive Entwicklungsstörung gibt, sondern sie in den jeweiligen Konstrukten existiert, die es zu erkennen gilt:

„Um diese Wechselwirkung zwischen dem Beobachter und dem zu Beobachtenden zu verdeutlichen, ist es erforderlich, daß wir beobachten, wie wir beobachten, das heißt, daß wir wahrnehmen, wie wir wahrnehmen, daß wir Behandeln, wie wir Handeln, und dass wir beschreiben, wie wir beschreiben. Dadurch können wir beschreiben, daß wir es nicht mit objektiven, unabhängig von uns in der Außenwelt bestehenden Tatsachen zu tun haben, sondern stets mit unseren eigenen Konstrukten.“ (Balgo 1999, 4)

Für die psychomotorische Praxis hat der systemisch-konstruktivistische Ansatz nach Balgo (1998, 247) folgende Konsequenzen:

„Hierbei stellt der Therapeut seine Erfahrung, sein Können und sein Wissen zur Verfügung, um in einer partnerschaftlichen, dialogischen Ko-operation das Kind beim Auffinden und Ausprobieren von Alternativen zu unterstützen.“

Ausgehend von der These der Kommunikationsstörung geht der systemisch-konstruktivistische Ansatz nach Balgo für die Therapie weiter. In der systemischen Sichtweise muss nicht nur der zu Beobachtende mit Hilfe des Therapeuten seine



Position überprüfen, sondern ebenso die Betrachter, also die Individuen, die im System des Kindes beurteilen. Auch müssen sie ihre Beurteilungen mit Hilfe des Therapeuten überprüfen. Schließlich muss der Therapeut selbst als Handelnder seine eigene Position überprüfen. Ziel dieser Intervention ist die Veränderung der Konstrukte, so dass eine vorhandene Kommunikationsstörung aufgelöst werden kann. Das theoretische Konstrukt Balgo's kann so mit Hilfe eines geschulten Therapeuten in die Praxis umgesetzt werden.

Der dritte Zweig in der Psychomotorik ist die „kindzentrierte psychomotorische Entwicklungsförderung“. Ausgehend von der nicht – direktiven Spieltherapie und der Persönlichkeitstheorie Rogers hat insbesondere Zimmer dieses Verständnis einer kindzentrierten psychomotorischen Förderung entwickelt. Die psychomotorische Förderung wird als Hilfe zur Selbsthilfe gesehen. In der Förderung haben die Bewegung und das Spiel eine wichtige Funktion. Durch das kindgerechte Medium Bewegung und das Spiel finden Kinder leicht einen entwicklungsgerechten Zugang zu sich selbst und anderen Menschen. In der kindzentrierten psychomotorischen Entwicklungsförderung geht es

„(...) weniger um eine Verbesserung motorischer Funktionen und den Abbau von Bewegungsbeeinträchtigungen, sondern um eine *Veränderung der Selbstwahrnehmung* des betroffenen Kindes. Durch eine Stärkung des *Selbstwertgefühls* soll es in der Lage versetzt werden, selbst an der Bearbeitung seiner Schwächen mitzuarbeiten oder – da viele Beeinträchtigungen nicht völlig zu beheben sind – angemessener damit umzugehen.“ (Zimmer 1999, 45)

Die Körper- und Bewegungserfahrungen, die das Kind in der „psychomotorischen Förderung“ macht, haben nicht nur den Sinn sich die Wirklichkeit anzueignen, sondern insbesondere des Aufbaus eines positiven Selbstkonzeptes (vgl. Kap. IV.). Wichtige Medien in diesem Prozess sind das Spiel und die Interaktion zwischen Kind und Therapeut.

Somit werden keine „störenden“ Verhaltensweisen uminterpretiert und neue Verhaltensweisen eingeübt, sondern die personalen Ressourcen werden im Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes gestärkt (vgl. Kap. III.1.3.).

„Zu den personalen Ressourcen gehören insbesondere Einstellungen des Menschen zu sich selbst, so z. B. die Überzeugung, selbst etwas bewirken, verändern zu können und nicht dem eigenen Schicksal hilflos ausgeliefert zu sein.“ (Zimmer, 1999, 37).

In diesem Ansatz findet somit ein Paradigmenwechsel statt. Es werden nicht die Schwächen bearbeitet, sondern die Stärken gestärkt. Es findet somit keine psychomotorische Übungsbehandlung mehr statt, sondern es werden Hilfen zur Selbsthilfe hinsichtlich der Entwicklung der Autonomie und der sozialen Interdependenz, der Selbstverwirklichung, der Ziel- und Sinnorientierung und der Ganzheit angeboten.

## **2.3. Diskussion**

### **2.3.1. Zusammenfassung der Ziele in der Psychomotorik**

Grundsätzlich wird in der Psychomotorik das Ziel der Entwicklungsförderung als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. In der Förderung werden nicht die Defizite, sondern die Stärken des Kindes hervorgehoben. Somit versucht die Psychomotorik die personalen Ressourcen zu stärken. Hierbei soll die negative Selbstwahrnehmung des Kindes geändert werden und das Selbstwertgefühl soll gestärkt werden. Indem das Kind erfährt, dass es handeln kann und durch sein Handeln Situationen und Ereignisse verändern kann, soll ein positives Selbstkonzept aufgebaut werden. Dies soll geschehen, indem die Kinder zur Eigentätigkeit und selbständigem Handeln angeregt werden (vgl. Zimmer). Hierbei kommen den Erfahrungen aus erlebnisorientierter Bewegung eine grundlegende Bedeutung zu. Durch die Bewegung kann das Kind sich mit sich selbst und mit seiner Umwelt auseinandersetzen. Somit können Bewegungserlebnisse zur Stabilisierung der Persönlichkeit beitragen und andererseits motorische Schwächen und Störungen bearbeitet werden (vgl. Zimmer 1999, 22). Hierbei sind Erfahrungen und Erlebnisse im Wahrnehmungs-, dem Bewegungs- und dem emotional-sozialen Bereich von grundlegender Bedeutung. Im entwicklungsgemäßen Spiel kann es zu symbolisierten Handlungen kommen, durch die der Analytiker die jeweilige Lebensgeschichte erkennen kann. Im symbolisierten Spiel kann das Kind Erfahrungen aufarbeiten oder nachholen. Es kann Rollen und Bilder von sich selbst entwerfen und erproben (Probehandlungen: vgl. Seewald). Hoffnungen, Wünsche oder Ängste können im Spiel dargestellt werden (vgl. Zimmer 1999, 46f). Die Richtungen der Psychomotorik „Verstehende Psychomotorik“ und der „Kindzentrierte Ansatz“ stehen hier nicht im Widerspruch, sondern können sich in der Entwicklungsförderung ergänzen, wenn der Therapeut sich als kindzentrierter Entwicklungshelfer versteht.

### **2.3.2. Vergleich des psychomotorischen Ansatzes und den erhobenen Forderungen an eine ganzheitliche Förderung.**

Wie in Kapitel IV. dargestellt, kommen den Selbststeuerungsmechanismen, also die Fähigkeit zur Selbsthilfe, in der Persönlichkeitsentwicklung eine zentrale Bedeutung zu. Somit arbeitet die Psychomotorik ressourcenorientiert mit dem Ziel der gestärkten Selbststeuerung. Das Aufbrechen einer gelernten Hilflosigkeit hat hier eine grundlegende Funktion in der zunehmenden Fähigkeit der Selbststeuerung.

Die Motorik wird zu einem wichtigen Mittler zwischen den eigenen Körpererfahrungen und der Umwelt, wobei die Körpererfahrungen als Primärerfahrung verstanden werden. Die Psychomotorik versteht die Motorik als Konzept. In der Motorik werden die basalen Erfahrungen für die Persönlichkeitsentwicklung gemacht.

In den dargestellten Theorien erkennt sich der Mensch in der entscheidenden Phase der Persönlichkeitsentwicklung als Handelnder, als Akteur zwischen seinem Wesen und der Umwelt. Er erfährt, dass er aktiv Situationen und Handlungsprozesse beeinflussen kann. Innerhalb des „verstehenden Ansatzes“ der Psychomotorik hat die Auflösung einer erlernten Hilflosigkeit, wie oben dargestellt, eine fundamentale Bedeutung. Gelingt es dem Kind nicht, bei einer verinnerlichten Hilflosigkeit diese zu erkennen und sich zunehmend, auf Grund geänderter Umweltbedingungen, als Handelnder zwischen seinem Wesen und der Umwelt zu erfahren, kann sich nach Zimmer kein positives Selbstkonzept entwickeln.

Weiterhin wird in der Identitätsforschung davon ausgegangen, dass ein Kind im Verlauf der Grundschulzeit eine Vorstellung von der eigenen Person entwickelt. Die positive Entwicklung des Selbstwertgefühls, einhergehend mit dem Selbstbild, also die positive Entwicklung des Selbstkonzeptes ist ein zentrales Anliegen der Psychomotorik.

Das Selbstbild und das Selbstwertgefühl entwickeln sich aus der Interaktion mit der Umwelt. Diese These steht in der Tradition der Identitätsforschung (vgl. z. B. Goffmann: Soziale, persönliche und Ich-Identität). Somit kommt der Interaktion mit der jeweiligen Umwelt in der Identitätsentwicklung insbesondere in Körper- und Sozialerfahrung eine zentrale Bedeutung zu.

Eriksons Phasentheorie (Urvertrauen erwerben, Autonomie erlangen und schließlich initiativ werden) spiegelt sich im „Verstehenden Ansatz“ wieder. Die Psychomotorik misst der Atmosphäre des Vertrauens und dem Sicherheitsgefühl der Kinder in den Förderstunden eine grundlegende Bedeutung zu. Häufig konnten Kinder kein befriedigendes Urvertrauen, als Primärerfahrung positiv in der Welt angenommen zu sein, entwickeln oder diese basalen Erfahrungen sind durch die aktuelle Situation der Kinder (z. B. eine massive ADHS-Problematik) nicht mehr erreichbar. Das Angenommensein in der Fördergruppe und dem Bewusstsein, einen „guten Freund“ im begleitenden Pädagogen zu haben, ersetzt sicher nicht die Ausbildung des Urvertrauens. Jedoch können verschüttete emotionale Reste durch diese neuen Erfahrungen geweckt und aktualisiert werden.

In der zweiten Phase der Persönlichkeitsentwicklung nach Erikson versuchen die Kinder Autonomie zu erlangen. In der kindzentrierten Entwicklungsförderung in der Psychomotorik soll, wie dargestellt, das Selbstkonzept gestärkt werden. Durch das gestärkte Selbstbild und insbesondere die zunehmend positive Bewertung der eigenen Fähigkeiten (Selbstwertgefühl) gewinnt das Kind an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen. Dies ist die Basis für die Entwicklung einer positiven Autonomie (vgl. Kap. IV.2.).

Das Ziel der Psychomotorik ist u. a. die Überwindung einer gelernten latenten Hilflosigkeit. Die Kinder sollen sich wieder als handelnde Wesen, die Einfluss auf Geschehnisse haben, entwickeln. Indem die Kinder erfahren, dass sie durch ihr Handeln die Geschehnisse durch ihr eigenes Wollen beeinflussen können, werden sie aktiv und initiativ.

Nach Erikson erfolgt ganz allgemein eine Weiterentwicklung der Identität durch eine Bewältigung von notwendigen Identitätskrisen. Hierbei kommt dem sozialen Umfeld bei der Auslösung und Bewältigung der Krisen eine Schlüsselrolle zu. Die Psychomotorik hat in ihrer Theorie und Praxis die Arbeit mit dem Kind in den jeweiligen Förderstunden im Fokus. Eine weiterführende Einbeziehung des Elternhauses und der Schule oder des Kindergartens in die psychomotorische Intervention ist nicht in der Konzeption enthalten. Zimmer weist in diesem Zusammenhang auf mögliche einzelne individuelle Elterngespräche hin, in denen ein Austausch über Entwicklungsfortschritte oder eine mögliche Beratung bei einem Schulwechsel durchgeführt werden könnte.

Erikson bezeichnet den Königsweg der Methode bei der Bewältigung von Identitätskrisen im Kindesalter das Spiel. Das Spiel ist in der Psychomotorik die Methode der Wahl. Im Spiel können neue Handlungsspiel- und Entscheidungsräume erschlossen werden. Der Ansatz der „Verstehenden Psychomotorik“, der in der Praxis kaum Anwendung findet, geht hier weiter. Er schließt einen psychoanalytischen Ansatz mit ein, indem er davon ausgeht, dass das Spiel Botschaften enthält, durch deren Interpretation die individuelle Vorstellung des Kindes von der Welt besser verstanden werden kann. Dieses erweiterte Verständnis des Spiels nimmt bei der Bewältigung von Krisen eine wichtige Funktion für die Unterstützung durch den Pädagogen ein.

Roth (1999<sup>3</sup>) geht davon aus, dass das Kind seine Umgebung nicht objektiv, sondern geprägt durch Vorerfahrungen wahrnimmt. Es filtert, vergleicht, bewertet und identifiziert. Diese Betrachtung von der menschlichen Entwicklung muss Konsequenzen in einer Konzeption zur Entwicklungsbegleitung haben. Die Psychomotorik hat bisher den Zusammenhang der Entwicklung des Selbstkonzeptes in der Auseinandersetzung mit der Umwelt theoretisch mit einbezogen. In der psychomotorisch-therapeutischen Intervention wird diese Auseinandersetzung lediglich auf das Gruppengeschehen bezogen.

### **2.3.3. Bewertung der Ergebnisse**

Das zentrale Problem bei der Entwicklung des positiven Selbstkonzeptes ist das häufige negative Selbstwertgefühl. Bei der Bearbeitung der Selbstwertproblematik zeigt der psychomotorische Ansatz wichtige therapeutische Aspekte.

Zentral ist die offene Atmosphäre, die durch Zuneigung, Annahme und emotionaler Sicherheit geprägt ist. Diese Atmosphäre löst bei dem Kind Vertrauen aus und ist oft die Basis vertrauter Gespräche über Probleme des Kindes.

Auf Grund der psychomotorischen Angebote erfährt das Kind, welche Stärken es besitzt. Es kann sich erproben, experimentieren und erleben. Spielerisches Bewegen, also körperliche Leistungen, werden positiv erlebt. Allgemein lernt das Kind, begründet durch die häufig hohe Motivation des Kindes im Spiel, sich mit einer Sache positiv und länger auseinander zu setzen. Kinder, die hoch motiviert sind, können sich für eine längere Phase konzentrieren und sind weniger impulsiv. Das Spiel in freien Entscheidungsräumen und Handlungsspielräumen motiviert das Kind im hohen Maße. Andererseits kann die Bewegung eine Ventilfunktion bei psychischen oder motorischen Staus haben, da die Kinder in den Stunden ihren Impulsen weitgehend nachgeben können.

In den Therapiestunden kann sich das Kind so verhalten, wie es sich aktuell fühlt. Im gewissen Rahmen kann es aggressiv oder dominant sein. Es kann sich für eine Zeit zurück ziehen und bei sich sein. Andererseits lernt es, sozial verträglicher mit Aggressionen oder Dominanz umzugehen. Es gewinnt zunehmend mehr Vertrauen in die Fördergruppe und zu sich selbst.

Kinder brauchen Bewegungsräume. Sie brauchen die Möglichkeit, sich austoben zu können. Motorik hat eine Ventilfunktion und ist Voraussetzung spielerisch zum konzentrierten Spiel zu kommen. Ganz allgemein sind Bewegungs- und Körpererfahrungen von zentraler Bedeutung in der Persönlichkeitsentwicklung. Das Kind erlebt sich selbst und erfährt sich positiv („Das kann ich!“). Gleichzeitig kann das Kind fehlende motorische Erfahrungen nachholen, die es für eine positive, selbstsichere Entwicklung braucht. So können basale motorische Erfahrungen nacherlebt und Entwicklungslücken geschlossen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Persönlichkeitsentwicklung sind positive Sozialerfahrungen. Neben der Erfahrung sozial angenommen zu werden, lernt es sich an Regeln zu halten, sich an Anweisungen zu halten und positive Autoritäten zu akzeptieren. Die Notwendigkeit der Regeln und Anweisungen ist einsichtig, da sie oft mit dem Kind entwickelt wurden. Weiterhin strukturiert der spielerische Umgang mit Materialien und den Mitmenschen die Spielsituation. Das Kind lernen mit verletzenden Kommunikationsmustern besser umzugehen und lernen verzeihen zu können. Das Kind lernen sich selbst besser zu steuern.

Die Entwicklung der Selbststeuerungsmechanismen hat in der Persönlichkeitsentwicklung eine wichtige Bedeutung. Auch in dem psychomotorischen Ansatz ist die Entwicklung der Selbststeuerung, der Selbstständigkeit und Selbsthilfe ein wichtiges Ziel. Die Voraussetzung zur Entwicklung der Selbststeuerungsmechanismen ist der Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und die Gewissheit, handelnd etwas beeinflussen zu können. Es ist für die Entwicklung wichtig, dass Kinder die Möglichkeit erhalten, diese positiven Erfahrungen innerhalb der Psychomotorikstunden machen zu können.

Eine Basis kann durchaus durch motorische Erfahrungen gelegt werden. Es ist sicherlich auch richtig, dass die auf motorischer Ebene gemachte Erfahrungen die emotionale, soziale und kognitive Ebenen des Kindes beeinflussen. Eine wesentlich effizientere Entwicklungsbegleitung wäre eine nicht nur allgemeine Bereitstellung von Erfahrungs- und Entscheidungsräumen. Nach einer eingehenden und differenzierten Diagnostik (vgl. Kap. V. 3.3.) , die über den motorischen Bereich hinaus gehen muss, müssen dem Kind individuell dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechende, konkrete Handlungsspiel-, und Entscheidungsräume angeboten werden, in denen es die individuell gesuchten Erfahrungen machen kann (vgl. Kap. V. 4. ). Eine entwicklungsbegleitende Förderung in dem diskutierten Sinn muss über die psychomotorischen Methoden hinausgehen.

Unbenommen bleibt jedoch der Ansatz in der Psychomotorik, dass die Körpererfahrungen, somit die Motorik, ein wichtiger Vermittler zwischen der Eigen- und der Außenwelt ist. Die Motorik ist das entscheidende Medium, mit dem Kinder im Vor- und Grundschulalter entwicklungsgerecht erreicht werden, bzw. Kinder in diesem Alter die motorische Ebene als Handlungs- und Erprobungsfeld benutzen.

In der Auseinandersetzung zwischen der Eigen- und Außenwelt entwickelt sich die Identität. Wie dargestellt entsteht in den Kinder im Grundschulalter eine Vorstellung über sich selbst. Die Entwicklung des positiven Selbstkonzeptes ist ein primäres Ziel in der Psychomotorik. Insbesondere die Entfaltung eines positiven Selbstwertgefühls, das immer abhängig ist von dem Interaktionsprozess mit der Umwelt, bildet die Basis der erwünschten Entwicklung. Ein wichtiger Baustein in diesem Werden sind bei dem Durchbruch eines negativen Selbstkonzeptes positive soziale Erfahrungen innerhalb einer geschützten Fördergruppe.

Punktueller positive soziale Erfahrungen können durchaus das Fundament für eine positive Entwicklung sein. Problematisch jedoch ist eine Übertragbarkeit der geschützten Erfahrungen in die Alltagswelt des Kindes, wenn die negativen Reaktionen der Umwelt, insbesondere des Elternhauses und Kindergarten oder Schule, sich manifestiert haben. Hier sind die Erfahrungen einer „gelernten Hilflosigkeit“ ein wesentlicher Katalysator einer „Negativspirale“. Primäre Erfahrungen sind in diesem Fall nicht ausreichend, da die weiteren negativen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt konstant bleiben, bzw. auch emotionale Übertragungen in die Alltagswelt wieder durch konstante negative Reaktionen zurückgeworfen werden. Eine Intervention in diesen Bereichen ist in diesen Fällen notwendig, um einen positiven Prozess in allen wichtigen Lebensbereichen zu initiieren. Idealerweise müsste dieser Prozess vom psychomotorisch arbeitenden Pädagogen eingeleitet werden. Ein in diesem Sinne systemisches Arbeiten hat erheblich höhere Chancen zur Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes des Kindes, welches sich dauerhaft konstituieren würde (vgl. Kap. IV.2., V.8.).

Die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes ist die Basis für die Entwicklung der eigenen Autonomie und Selbst- Initiative.

Der Einfluss der sozialen Umwelt bei der Auslösung und Bewältigung von Identitätskrisen darf nicht unterschätzt werden.

Durch eine systemische Intervention kann der Interaktionsprozess positiv beeinflusst werden. Mit zunehmenden positiven Erfahrungen verändert sich das Selbstwertgefühl des Kindes. Durch die zunehmenden positiveren Sichtweisen des Kindes durch die am Interaktionsprozess beteiligten Personen verändern sich auch die erwarteten Verhaltensweisen des Kindes durch die Umwelt. Eine so konstruierte Kommunikationsstörung wird sukzessiv beeinflusst und löst sich auf. Die Generalisierungen der Vorerfahrungen der Personen, die am Kommunikationsprozess beteiligt sind, weichen auf und werden zunehmend ersetzt durch neue reale Erfahrungen. Durch die sich neu bildende gegenseitige Generalisierungen werden die zugeschriebenen Merkmale des Kindes durch die Umwelt ersetzt durch Merkmale, die eher sozial erwünscht sind und somit ein Öffnen des jeweiligen sozialen Gebildes bewirken.

Insgesamt muss somit eine Entwicklungsbegleitung über den psychomotorischen Ansatz hinausgehen in folgenden Punkten:

Differentialdiagnostik  
die therapeutische ganzheitliche Sichtweise des  
Kindes über die Motorik hinaus  
der systemische Aspekt innerhalb einer sozialen  
Kommunikationsstörung

Hier muss eine effektive Entwicklungsbegleitung über den psychomotorischen Ansatz hinausgehen oder der psychomotorische Ansatz muss in diesem Sinn erweitert werden.

Somit ist das Konzept der Psychomotorik als Monotherapie zu schwach. Generalisierungen von Therapieeffekten sind bei massiven Kommunikationsstörungen problematisch. Ergänzende Therapien bei der Bewältigung der Verhaltensauffälligkeiten werden notwendig. Die Folge ist eine Kombination von unterschiedlichen Therapien mit dem Effekt der weiteren Manifestation des negativen Selbstbildes.

Als Grundlage einer effizienten Entwicklungsbegleitung jedoch ist der psychomotorische kindzentrierte Ansatz bei Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter im Vergleich zu defizitorientierten Methoden ideal.

## **2.4. Rahmenbedingungen für die Förderung einer ADHS-Problematik**

Nachdem untersucht wurde, welche Rahmenbedingungen für eine effektive Intervention bei einer allgemeinen ganzheitlichen Entwicklungsförderung notwendig sind, soll in diesem Kapitel eine Übertragung auf die ADHS-Problematik versucht werden.

Im Selbstverständnis des vorgelegten Modells wird nicht von einer defizit-orientierten, sondern von einem im Sinne des humanistischen Weltbildes ganzheitlichen Sichtweise des Menschen ausgegangen. Der Mensch wird als Ganzheit verstanden, in der die psychischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und somatischen Prozessen aufeinander wirken (vgl. Zimmer 1999, 27). Der zu betrachtende Mensch ist gleichwohl ein Mitglied unterschiedlicher sozialer Systeme. Der Weg ist die aktive Auseinandersetzung in der selbstbestimmten Entwicklung seiner Persönlichkeit, die zwischen Autonomie und den sozialen Systemen wirkt. Das Ziel ist die Entwicklung der eigenen Identität innerhalb der umgebenden Realität.

Der Mensch als psychisches, kognitives, emotionales, soziales und somatisches Wesen steht in einem sich gegenseitig beeinflussenden Verhältnis zu seiner Umwelt. In der Entwicklungsbegleitung eines Kindes, das an einem ADHS-Syndrom leidet, muss das Kind somit als ein ganzheitliches Wesen innerhalb seiner Systeme betrachtet werden. Nur so wird ein Pädagoge sich dem Verstehen dieser individuellen Persönlichkeit nähern können. Innerhalb dieses Prozesses ist das Erleben und die Bewegung die Methode, die dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht. Der Pädagoge muss sich somit nicht als jemand verstehen, der von außen kommt und entscheidet, wie das Kind sich zu entwickeln habe. Der Pädagoge begleitet das Kind einen Abschnitt auf seinem Lebensweg und bietet Handlungsspiel- und Entscheidungsräume an.

Bei Kindern mit Entwicklungsstörungen ist es das Ziel der Entwicklungsbegleitung, Voraussetzungen zu schaffen die es dem Kind ermöglichen, ein positives Selbstkonzept zu entwickeln. Die Voraussetzung für diese Entwicklung ist, dass das Kind sich als ein aktives, selbstbestimmtes Wesen erlebt, dass Einfluss auf die Geschehnisse und Entwicklungen nehmen kann. Nur wenn das Kind erfährt, dass es etwas bewirken kann, wird es Handlungsmotivationen auf dem Weg zur Selbstverwirklichung entwickeln. Hierbei ist es von grundlegender Wichtigkeit, dass das Kind in seinen Systemen sozial angenommen und integriert ist. Die Entwicklung einer gegenseitigen Akzeptanz und Autonomie fördert die Befriedigung der elementaren Bedürfnisse nach Sicherheit und Anerkennung.

Bei der ADHS-Problematik kann relativ gesichert davon ausgegangen werden, dass dem Syndrom neurochemische kortikale Fehlfunktionen zugrunde liegen. Der heutige Stand der Forschung verweist auf eine defizitäre Aktivierungsregulation und eine generelle zentralnervöse Unter- oder Übererregung.



Neben der Primärproblematik zeigen die Kinder häufig weitergehende Auffälligkeiten. Oft zeigen sie geringe Frustrationstoleranzen und Aggressionen, soziale Probleme mit Gleichaltrigen, häufige Konflikte mit Erwachsenen und ein schwaches Selbstvertrauen. Sie reden viel und bringen oft sexistische und fäkale Sprüche. In der späteren Entwicklung besteht die Gefahr von Suchtentwicklung und Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen.

Wie dargestellt bleibt die Primärproblematik nicht isoliert, sondern in der Auseinandersetzung mit der individuellen Umwelt manifestieren sich weitreichende Sekundärprobleme. Bei genauerer Betrachtung führen die Sekundärprobleme oft zu grundlegenden weiteren Entwicklungsstörungen bei problematischen Zukunftsprognosen. Somit sind in der fortgeschrittenen Entwicklung im Grundschulalter insbesondere die Sekundärprobleme die eigentlichen Parameter für eine problematische Identitätsentwicklung.

Deshalb muss in der ADHS-Problematik die Negativspirale durchbrochen werden, indem das Kind Chancen für positive Entwicklungserfahrungen erhält. Das Kind muss die Möglichkeit erhalten, sich positiv beurteilen zu können. Die Pathologisierung und Stigmatisierung durch die Umwelt muss durch reale Beurteilungen ersetzt werden. Parallel müssen Bedingungen geschaffen werden, durch die das Kind seine Grundbedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Anerkennung zunehmend befriedigen kann.

Das schwache Selbstwertgefühl ist durch negativ bewertete Vorerfahrungen geprägt. Eine Steigerung soll durch das Erleben eigener, insbesondere motorischer Stärken und Erproben neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgen. Gleichzeitig soll das Kind die Möglichkeit erhalten, sich als Urheber von Handlungen zu erleben, auf Geschehnisse einwirken und sie beeinflussen zu können.

Schließlich müssen Bedingungen geschaffen werden, in denen das Kind im Spiel seine Krisen zunehmend selbst lösen lernt (Probehandeln) und gegenüber Umwelteinflüssen stabiler wird.

Grundlage dieses Prozesses, indem sich ein positives Selbstkonzept entwickelt, sind die Körpererfahrungen, die zwischen dem Selbst und der Umwelt vermitteln. Hier ist der psychomotorische Ansatz eine kindgerechte Basis einer Entwicklungsbegleitung. Jedoch muss dieser Ansatz, wie in Kapitel V. 2.3. beschrieben, erweitert werden.

Durch den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes und zusätzliche Interventionen in Schule und Elternhaus werden die negativen sozialen Reaktionen und die ungünstige reaktive Verarbeitung der eingetretenen Beeinträchtigungen, wie Frustrationstoleranz, negatives Selbstbild usw., positiv beeinflusst. In wenigen Fällen, in denen es zu einer massiven familiären Konzentration von Konflikten und Spannungen gekommen ist, wird die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes nicht möglich sein. Um die Situation in der Familie zu entschärfen und dem Kind die Möglichkeit zum Durchbruch der Negativspirale zu geben, kann eine zeitlich begrenzte Methylphenidatgabe diskutiert werden.

Kinder mit ADHS-Syndrom leiden häufig an mangelnden Problemlösungsfertigkeiten, defizitären Begriffs- und Wissenssystemen, sowie mangelnder metakognitiver Handlungsstrukturierung (vgl. Lauth und Naumann et al., 1996). Indem das Kind in den Förderstunden problemlösend experimentiert und probehandelt, sowie durch Strukturhilfen

(strukturierter Tagesablauf, strukturierte Schulzeit, zunehmendes Entwickeln von Handlungsstrategien) der Gruppe, des Lehrers und der Eltern, lernt es strategisch-organisatorische Defizite auszugleichen. Insbesondere in diesem Problemkreis zeigt sich die Notwendigkeit einer parallelen Intervention in der Schule und im Elternhaus. Diese Strukturierungshilfen sollten nicht diktiert, sondern mit dem Kind entwickelt werden, so dass das Kind die Hilfestellung erkennt und annehmen kann.

Bei der eigentlichen Primärsymptomatik, also der verminderten Fähigkeit der Selbststeuerung durch die Impulsivität und motorische Unruhe, sowie den kognitiv funktionalen Defiziten wie unzureichende Daueraufmerksamkeit und mangelnde Inhibitionskontrolle kann das Kind in den Förderstunden zusätzliche „Hilfsbausteine“ erhalten. Ob diese Angebote vom Kind angenommen werden, hängt einmal von der Präsentation (vgl. Kap. V.4.) und andererseits von der Entscheidung des Kindes ab. Nur durch die Annahme können neue Erfahrungen verinnerlicht und verarbeitet werden. Hat sich ein Kind nicht entschieden, bestimmte Angebote anzunehmen, so sind effektive und dauerhafte Effekte nicht zu erreichen (vgl. Kap. III.3.). Wichtig sind Bewegungsfreiräume, indem das Kind seinen motorischen Impulsen unzensuriert nachgehen kann. Weiterhin sind Entspannungs- und Konzentrationsübungen, die spielerisch in Bewegungsangeboten eingebaut werden, effektive Hilfsangebote (vgl. Kap. III.3.). Eine weitere wichtige Methode ist die Motivation. Der Autor hat immer wieder in der Arbeit mit motorisch unruhigen Kinder beobachtet, dass Kinder im Spiel mit hohen Motivationsphasen hoch konzentriert und motorisch ruhig waren. Es gelang den Kindern zunehmend länger in diesen Phasen zu bleiben. Auch hier findet der kindzentrierte Ansatz (vgl. Zimmer 1999) seine Bestätigung. Durch Handlungsspiel- und Entscheidungsfreiräume bei entsprechenden Bewegungsangeboten machen die Kinder elementare Erfahrungen, die in ihren Alltag übertragen werden können (vgl. Kap. V.7, 8).

Eine weitere effektive Methode ist das Selbstinstruktions- und Selbstmanagementverfahren (vgl. Kap. III.3.). Anders als bei Döpfner sollte dieser Therapieansatz nicht in einer klinischen Gruppe durchgeführt werden, da dieser defizitäre Ansatz in pathologisierter und stigmatisierter Atmosphäre kontraproduktiv bei der Verinnerlichung und dem Aufbau des positiven Selbstkonzeptes ist. Folglich ist es nicht verwunderlich, dass die dargestellten langfristigen Effekte dieser erfolgreichen Methode zu schwach sind.

Dieses Verfahren kann innerhalb einer vom Kind als zugewandten und ganzheitlich erlebten Entwicklungsbegleitung als Zusatzangebot integriert sein. Nur wenn das Kind bestimmte eigene Verhaltensweisen als negativ erlebt und diese nicht selbst wirkungsvoll verändern kann, ist es bereit, ein methodisches Verfahren zur Verhaltensänderung anzuwenden. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die entwicklungsbedingte Fähigkeit, diese Methode auszuführen. Dieses Zusatzangebot zu den Bewegungsstunden sollte den Charakter eines Vertrages zwischen dem Pädagogen und Kind haben und eine vom Kind gewollte zeitlich begrenzte Förderstunde sein.

Hinsichtlich der Steuerung der zentralen kortikalen Aktivierung muss dem Kind vertraut werden, dass es durch die oben beschriebenen Erfahrungsmöglichkeiten, insbesondere der gelenkten Stimulussuche durch Elemente der Sensorischen Integration, einen Selbstheilungsprozess aktiviert. Gegebenenfalls muss eine schwache Gabe eines Stimulanzpräparates durch den Facharzt unter Berücksichtigung der Bedenken in Kap. III. 1.2. diskutiert werden. Entscheidend bei der Diskussion um eine möglichen Medikamentierung ist, dass gewährleistet sein muss, dass sich das Kind positiv entwickeln kann (niedrige Dosierung, Pausen, begrenzte Verschreibungsdauer).

In jedem Fall müssen negative Einflussfaktoren im Elternhaus und Schule durch Reizüberflutungen überprüft werden. Eine Zentrierung und Strukturierung des Kindes ist in einer beruhigenden Umgebung einfacher.

Abschließend kann festgestellt werden, dass bei einer ganzheitlichen Entwicklungsbegleitung bei Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter keine „Zusammenstöpselung“ von unterschiedlichen Therapien stattfinden darf. Der kindzentrierte psychomotorische Ansatz ist als Grundlage der Intervention sinnvoll. Darüber hinaus sind Elemente aus verhaltenstherapeutischen Verfahren notwendig zu integrieren. Eine Intervention über einen längeren Zeitraum in der Familie und Schule ist häufig notwendig.

Frölich (2000) hat erste Überlegungen in dieser Richtung angestellt, indem er eine Behandlungshierarchie vorschlug, um das Kind zu entlasten. Inwieweit psychologische und psychotherapeutische Verfahren in die Entwicklungsbegleitung integriert werden können, hängt sicherlich vom Ausbildungsgrad des Pädagogen ab. In Fällen, in denen über diesen Rahmen hinaus therapeutische Interventionen notwendig sind, hier insbesondere in psychiatrischer oder familientherapeutischer Hinsicht, können Parallelinterventionen notwendig werden. Der Rahmen dieser Form der Intervention sollte stets so gehalten sein, dass regelmäßige Konsultationen zwischen den Behandlern stattfinden, um den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes und das Feld der weiteren Angebote auszutauschen.

### **3. Praxisorientierte Bedingungen für die Entwicklungsförderung**

#### **3.1. Einleitung**

In der Praxis der Entwicklungsförderung versteht sich der Pädagoge als Entwicklungsbegleiter. Nach genauer Differenzialdiagnostik und einer Anfangsphase, in der der Pädagoge und das Kind sich kennen lernen, werden dem Kind entsprechend der Problemlage unterschiedliche Materialien und Spiele angeboten. Auf Grund der Auswahl kann der Pädagoge erkennen, welche Vorlieben und Abneigungen das Kind zeigt. Entsprechend kann der Rahmenplan modifiziert werden.

Im weiteren Verlauf können Interventionen in der Familie und dem Kindergarten oder Schule geplant und initiiert werden. Schließlich können im weiteren Verlauf der Begleitung verhaltenstherapeutische Elemente oder Behandlungspakte eingebaut werden. Diese Forderungen an eine Begleitung setzt eine differenzierte Ausbildung des Therapeuten, Fähigkeiten zur Beobachtung und Analyse sowie ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen voraus.

Das grundlegende Ziel ist die Fähigkeit zur Selbsthilfe im humanistischen Sinn und der Durchbruch einer Negativspirale. In einer Atmosphäre des Vertrauens und der Sicherheit sollen Handlungsspiel- und Entscheidungsräume geschaffen werden, in denen das Kind experimentieren kann. Es sollen Möglichkeiten geschaffen werden, in denen das Kind seinen Impulsen nachgehen kann und seine eigenen Stärken entdecken und fördern kann. Schließlich soll es Erfolge und Misserfolge auf die eigene Handlung zurück führen können und Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen.

#### **3.2. Voraussetzungen an die Person des Therapeuten**

Die genannten Forderungen stellen im hohen Maße Erwartungen an den Pädagogen. Inwieweit die Intervention erfolgreich ist, hängt neben der Bereitschaft des Kindes von der Persönlichkeit des Pädagogen ab.

Neben der pädagogischen Grundausbildung ist die Ausbildung in psychomotorischer Therapie einschließlich der sensorischen Integrationsbehandlung als Basisausbildung anzusehen. Zusatzausbildungen in familientherapeutischer Intervention und psychotherapeutische Verfahren, wie die geforderte Testdiagnostik und das Selbstinstruktions- und Selbstmanagementverfahren sind unabdingbar. Hinzu kommen Sicherheit in Theorie und Praxis des ADHS und der Identitätsentwicklung. Diese Kenntnisse müssen heute im Wesentlichen in einzelnen Zusatzausbildungen erworben werden. Inwieweit diese Teilbereiche innerhalb einer Ausbildung vermittelt werden könnten, müsste diskutiert werden. Da eine pädagogisch-psychologische Grundausbildung und eine Ausbildung in psychomotorischer Theorie und

Praxis gefordert wird, liegt es nahe, diese Frage an den Lehrstühlen der Motologie oder der Gesundheitswissenschaften zu diskutieren. Einem Diplom-Motologen oder einen Diplom-Gesundheitswissenschaftler mit dieser erweiterten praxisorientierten Ausbildung würde sich dieses Berufsfeld eröffnen können.

Weitere Fähigkeiten, die in der Person des Pädagogen begründet sein müssen, sind die Fähigkeit zur Empathie, eine gute Beobachtungsgabe, Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Darstellung einer positiven Autorität mit dem Verständnis eines Moderators.

### **3.3. Die Aufnahme und Diagnostik**

Die Eröffnung einer therapeutischen Intervention ist die Anmeldung des Kindes in der jeweiligen therapeutischen Praxis. Nach jahrelangen Erfahrungen des Autors ist eine grundsätzliche Anmeldung ausschließlich durch die Eltern sinnvoll. Die Anmeldung durch die Eltern soll die Bereitschaft der Eltern zur prozessualen Mitarbeit symbolisieren. Wenn Eltern aktiv diesen Schritt tun, müssen sie sich vorher intensiv über diesen Akt auseinandergesetzt haben. An dem Explorationsgespräch sollten nach Möglichkeit beide Elternteile teilnehmen, da die Sichtweise der Problematik des Kindes und die anamnestischen Beschreibungen bei beiden Elternteilen durchaus unterschiedlich sein kann. Hier kann der Therapeut wertvolle Informationen auch über die familienstrukturellen Bedingungen, in denen das Kind lebt, erhalten. Der Kern des Gespräches ist die Darstellung der Problemlage und die anamnestische Beschreibung. Neben diesen Daten ist die Darstellung der möglichen therapeutischen Interventionen, die das Kind zuvor durchschritten hat, einschließlich der entsprechenden Gutachten für die Analyse des Gesamtzusammenhanges der Problematik wichtig.

Weiterhin ist die Sichtweise der Eltern über die Stärken und Schwächen des Kindes sehr bedeutsam. Insbesondere bei lang andauernder Problemlage können in der familiären Erziehungspraxis immer wieder massive Spannungen auftreten, da das Kind oft den Verhaltensforderungen der Eltern nicht nachkommt. Somit ist der elterliche Fokus auf das Kind oft auf die sanktionierten Verhaltensweisen gelegt. Die Eltern können kaum noch die Stärken des Kindes erkennen. Die Folge ist ein zunehmendes negatives Bild der Eltern von ihrem Kind. Somit haben Eltern oft Schwierigkeiten bei der Darstellung der Stärken des Kindes und werden so mit ihrer Einstellung konfrontiert und können diese neu überdenken. Häufig kommt es bei kontroverser Darstellung der Eltern zur Diskussion. Hier wird schon sehr früh eine Intervention im elterlichen Erziehungsverhalten eröffnet. Die Darstellungsweisen der Eltern geben dem Therapeuten wichtige Informationen über Faktoren, die das Verhalten des Kindes und die innere Einstellung zu sich selbst beeinflussen können (vgl. Kap. V.7.).

Neben der familiären Situation sind die sozialen Bezüge des Kindes ein wichtiges Indiz zur Feststellung der Problemlage des Kindes. Es muss geklärt werden, ob ein oppositionelles Verhalten mit Problemen im sozialen Bereich vorliegt. Gibt es Freunde im familiären Umfeld? Wie sind die sozialen Beziehungen unter den Geschwistern? Ist das Kind in der Klassengemeinschaft integriert oder spielt es in den Schulpausen allein?

Bei der anamnestischen Beschreibung ist eine prä-, peri- und postnatale Erhebung über das Wohlbefinden der Mutter und Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt wesentlich. Hier können psychologische und medizinische Risikofaktoren, wie Sauerstoffmangel, festgestellt werden. Sauerstoffmangel kann, wie in Kapitel II. 2. dargestellt, zu hirnerkrankhaften Schäden führen und eine ADHS-Symptomatik auslösen (vgl. Kap. V.7.).

Der Autor konnte auf Grund langjähriger Beobachtung feststellen, dass häufig die Mütter von ADHS-Kindern während der Schwangerschaft unter psychischem Stress litten. Hier sollte auch die psychische Situation der Mutter während der Schwangerschaft und der Geburt Beachtung finden.

Während des Explorationsgesprächs soll an den Kriterien des ICD 10 und am Beispiel der Checkliste von Döpfner (THOP), Steinhausen oder dem Elternfragebogen von Lehmkuhl festgestellt werden, ob ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom vorliegt. Entscheidend bei der Diagnosestellung ist die Ausschlussdiagnostik, die im ICD 10 aufgeführt ist. Es handelt sich um den Ausschluss einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (F 84), einer manischen (F30), depressiven (F 32) oder einer Angststörung (F41). Weiterhin sollte die Primärsymptomatik mindestens 6 Monate beobachtet worden sein und vor dem 6. Lebensjahr begonnen haben. Schließlich ist auszuschließen, dass bei dem Kind ein Intelligenzgrad unter 50 vorliegt (vgl. Kap. II. 1.7.).

Neben diesen Ausschlusskriterien des ICD 10 sollten die Essgewohnheiten des Kindes und eine mögliche Nahrungsmittelallergie überprüft werden. Schließlich sollte, um eine Diagnose auf ADHS zu erhärten, eine mögliche genetische Disposition des Vaters oder der Mutter untersucht werden.

Weiterhin soll geklärt werden, ob mögliche weitere medizinische Auffälligkeiten vorliegen, die durch einen Facharzt abgeklärt werden müssen. In diesem Fall muss die Frage nach der Notwendigkeit einer Parallelbehandlung geklärt werden. Insbesondere eine mögliche akustische Problematik sollte besondere Beachtung finden. Öfters liegen bei Kindern, die Teile der ADHS-Symptomatik zeigen, spezielle Hörprobleme vor. Diese speziellen Hörprobleme, wie z. Bsp. Auffälligkeiten im dichotomischen Hören oder der Geräuschklassifikation, können in der Regel nicht von einem niedergelassenen HNO-Arzt getestet werden. Hierfür werden besondere Apparaturen und eine spezielle Ausbildung des Arztes gebraucht.

Bei Parallelbehandlungen sollten Konsultationsgespräche vereinbart werden. Dies ist insbesondere bei der Gabe von Psychopharmaka wichtig. Einige Ärzte sind, zum Teil aus abrechnungstechnischen Gründen, hierzu nicht bereit. In dem Gespräch sollte auf die Wichtigkeit einer therapeutischen Zusammenarbeit hingewiesen werden. Zudem gibt es in diesem Fall nach der ICD 10 Diagnostik bei der Gabe einer Stimulanzie eine therapeutische Mitbehandlungspflicht. Problematisch können diese Gespräche werden, wenn der Therapeut eine kontroverse Einstellung zur grundsätzlichen Gabe, zum Zeitpunkt und der Dosierung hat. Hier ist rhetorisches Feingefühl seitens des Therapeuten zum Wohl des Kindes für künftige Gespräche notwendig. Bei konträren Meinungen sind Elterngespräche notwendig. In besonders problematischen Fällen bleibt die Möglichkeit eines Arztwechsels.

Nach der Abklärung möglicher medizinischer Auffälligkeiten müssen psychische Sekundärprobleme durch die Elternbefragung abgeklärt werden. Um eine möglichst offene und ehrliche Information von den Eltern zu erhalten, bedarf es einer geschickten Gesprächsführung auf der Basis einer vertrauensvollen Atmosphäre. Insbesondere durch unterschiedliche Elternaussagen kann der Therapeut wichtige Hinweise auf das Selbstwertgefühl des Kindes, weitere Verhaltensauffälligkeiten, wie Rückzug oder Aggression oder mögliche Beziehungsprobleme in der Familie erhalten.

Im Anschluss an das Explorationsgespräch und der vereinbarten Aufnahme zur Therapie sollte mit Einverständnis der Eltern ein Gespräch mit dem/der KlassenlehrerIn des Kindes geführt werden.

Hier sind neben dem Leistungs- und Arbeitsverhalten Informationen zu den sozialen Bezügen innerhalb der Klasse als auch Beurteilungen der Eltern zu Verhaltensauffälligkeiten zu überprüfen. Ergänzen sich die Angaben, so verdichtet sich das Auffälligkeitsbild. Sind die Angaben kontrovers, so muss eine zusätzliche gravierende Problematik im Elternhaus beziehungsweise in der Schule vermutet werden.

Zur Überprüfung der Kernsymptomatik auch in der Schule kann das Verhalten des Kindes an Hand des DSM 10 oder den Checklisten von Döpfner (THOP) oder Steinhausen benutzt werden (vgl. Kap. V.7.). Weiterhin wurde von Lehmkuhl ein Lehrerfragebogen zum Thema ADHS entwickelt.

Im Anschluss an das Lehrergespräch sollte der Therapeut einen direkten Kontakt zum Kind aufbauen. Ein frühes Kennenlernen vor Beginn der eigentlichen Therapie hilft Unsicherheiten des Kindes zu beseitigen, den ganzheitlichen Ansatz der Förderung zu beschreiben und erste Fragen nach insbesondere sportlichen Vorlieben und Stärken zu stellen. So können mögliche Hemmnisse des Kindes, die durch vorherige Erfahrungen entstanden sind, frühzeitig überwunden werden (vgl. Kap. V.7. Fall Marc). Weiterhin kann durch das Gespräch das erste Gefühl des gegenseitigen Vertrauens aufgebaut werden. Grundsätzlich sollte dieses Gespräch im Rahmen eines Hausbesuches sein. Das eigentliche Gespräch sollte ohne Eltern, in einer vertrauten Atmosphäre im Kinderzimmer durchgeführt werden. Das Kind fühlt sich in seiner gewohnten Umgebung sicher und der Therapeut gewinnt sowohl vom Kind als auch von seiner Umgebung zusätzliche Informationen. Wichtige Daten sind zum Beispiel, ob das Kind über ein eigenes Zimmer verfügt und dort genügend Rückzugsmöglichkeiten hat oder ob es sich mit einem Geschwisterkind das Zimmer teilen muss. Möglicherweise steht im Kinderzimmer ein Fernseher, den das Kind unbegrenzt benutzen kann. Hier liegt der Verdacht einer Reizüberflutung nahe.

Für die therapeutische Analyse sind die Spielvorlieben des Kindes wichtig. Auch die Phantasiewelt, in der das Kind lebt, kann beispielsweise durch Poster, Lieblingsbücher oder favorisierte Hör- oder Musikkassetten und Computerspiele deutlich werden.

Nachdem der Therapeut ein relativ klares Bild von der Problematik des Kindes erhalten hat, ist es wichtig zu klären, ob motorische Auffälligkeiten vorliegen. Erste wichtige Informationen über motorische Auffälligkeiten, als Hinweis auf Auffälligkeiten in der

motorischen Entwicklung durch die anamnestische Beschreibung sind von den Eltern in der Regel im Explorationsgespräch genannt worden. Jedoch sollten diese Angaben in einem motorischen Test überprüft und auf weitere motorischen Auffälligkeiten getestet werden.

Als bekannte motorische Tests haben sich insbesondere der Motorik – Test (MOT) von R. Zimmer und das Diagnostische Inventar motorischer Basiskompetenzen (DMB) von D. Eggert in der Praxis bewährt. Der MOT, erstmals veröffentlicht 1984, ist ein spezieller Test für Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren. Der Test überprüft den allgemeinen motorischen Entwicklungsstand des Kindes. Das DMB, veröffentlicht 1993, ist für Kinder insbesondere im Grundschulalter entwickelt worden. Dieser Test überprüft ebenfalls den allgemeinen motorischen Entwicklungsstand. Zeigt das Kind in einer der Bereiche Gelenkigkeit, Kraft/Ausdauer, Schnelligkeit oder Gleichgewicht Auffälligkeiten, so kann durch weiterführende Untertests genauer analysiert werden, in welchem motorischen Teilgebiet Entwicklungsprobleme bestehen.

Da jedoch die Kinder in der Regel häufiger getestet worden sind und Tests immer defizitär sind, also Hinweise auf motorische Schwächen geben, sollten die Tests in eine Phantasiegeschichte eingekleidet werden. Ansätze in diese Testform zeigt zum Beispiel Cardenas „Pfiffgunde“. Phantasiegeschichten werden bei Kindern im Alter von fünf bis zehn Jahren in der Regel gern angenommen und entsprechen dem Entwicklungsstand des Kindes. Häufig wünschen Kinder sich in der Förderung eine Wiederholung der Phantasiereise. Dieser Wunsch zeigt weniger den testdiagnostischen, sondern den spielerischen Schwerpunkt in eingekleideten Testverfahren. Weiterhin besteht die Möglichkeit, diesem motorischen Test einen möglichen Wettkampfcharakter zu nehmen, indem die Phantasiereisen auf Video aufgenommen werden. Der Therapeut kann so im Anschluss Häufigkeits- und Zeitmessungen vornehmen. Zudem hat er die Möglichkeit, sich Sequenzen später genauer anzusehen.

Zum Abschluss der diagnostischen Phase sollten folgende Fragen beantwortet sein:

- Liegt ein ADHS vor?
- In welcher Gesamtsituation lebt das Kind?
- Wie kann die Negativspirale beschrieben werden?
- Welche Sekundärprobleme liegen vor?
- Welche zusätzlichen Maßnahmen sind notwendig?

Auf Grund dieser Daten kann ein Therapierahmenplan erstellt werden (vgl. Kap. V.7. speziell Fall Michael).

Nachdem diese diagnostische Phase abgeschlossen ist, sollte ein erstes Elterngespräch ohne das Kind durchgeführt werden, indem die Eltern noch einmal ihre Wünsche an das Therapieziel stellen. Der Therapeut hat nun die Aufgabe, seine Einschätzung der Problematik darzustellen und realistische Therapieziele zu formulieren. In diesem Gespräch können ein grober Therapieplan und die Methode der ganzheitlichen Förderung vorgestellt werden.

Die Festlegung realistischer Therapieziele ist wichtig, um die Erwartungen der Eltern an die Therapie besprechen zu können und die Eltern auf die Notwendigkeit ihrer Mitarbeit hinzuweisen.



### **3.4. Verlauf und Abschluss der Entwicklungsförderung**

Bevor die eigentliche Förderung mit dem Kind begonnen werden kann, müssen einige organisatorische Probleme geklärt werden. Insbesondere der Zeitpunkt und der Ort, an dem die Therapie durchgeführt werden soll, müssen organisiert werden. Wichtig ist darauf zu achten, dass zum Zeitpunkt der Therapiestunde das Kind möglichst nicht unter Zeitdruck gerät. Es sollte darauf geachtet werden, dass das Kind in einem entspannten Zustand zur Förderung kommt. Somit ist ein Förderzeitpunkt mit einem ADHS-Kind direkt nach dem Schulunterricht nicht sonderlich ratsam, da das Kind sich, noch voller Eindrücke vom Vormittag, nicht vollständig in der Förderung öffnen kann. Ein weiteres Problem bei Kindern, die Stimulanzen erhalten, ist eine Förderung zu einem Zeitpunkt, an dem das Medikament kaum noch wirkt. Hier sind die Meinungen durchaus kontrovers. Einerseits wird die Authentizität des Kindes ohne Medikamente propagiert, andererseits wird die Arbeit mit dem Kind in einem Zustand der relativen Offenheit bevorzugt (vgl. Kap. V.7.).

Der weitere Therapieverlauf wird durch die Beobachtungsdiagnostik geprägt. Die Beobachtung bezieht sich insbesondere auf die Vorlieben und Ablehnungen der Angebote durch das Kind. Weiterhin ist die Beobachtung des Prozessverlaufs von entscheidender Bedeutung. Nur durch die Beobachtung und Dokumentation kann der Therapeut entscheiden, welche weiteren Angebote und Reize er dem Kind anbietet.

Ist die Therapie auf Grund von einer notwendigen intensiven Intervention mit einer Einzeltherapie begonnen worden, muss im Verlauf der Therapie ein möglicher Übergang zu einer Gruppentherapie überdacht werden. Eine Gruppe sollte zwischen zwei und vier Kinder betragen, damit die Arbeit mit dem Kind weiterhin intensiv geleistet werden kann. Insbesondere bei hyperaktiven Kindern muss die Zusammensetzung der Gruppe in der ganzheitlichen Therapie gut überlegt sein. Als vorteilhaft in der Gruppenarbeit mit hyperaktiven Kindern haben sich in der therapeutischen Praxis des Autors die Kinder gezeigt, die von ihrem Wesen eher ruhig sind. Die ruhigen, eher in sich zurückgezogenen Kinder werden von den hyperaktiven Kindern in ihrer Bewegung provoziert. Andererseits finden hyperaktive Kinder einen Ruhepol in der Gruppe. Bei der Gruppenförderung steht der soziale Aspekt im Vordergrund (vgl. Kap. V.7 besonders Fall Marc).

Ein einschneidender Moment ist eine mögliche Einführung der Verhaltenstherapie. Die Verhaltenstherapie sollte nach der Phase der Stabilisierung eingeführt werden. Eine wichtige Voraussetzung ist der Wunsch des Kindes, sein Verhalten zu ändern und neue Verhaltenstechniken einzuüben.

Wichtig ist, die Verhaltenstherapiephase neben der Gruppenförderung als Zusatzstunde anzubieten. Dies ist häufig notwendig, um zu vermeiden, dass das Kind sanktioniert wird und es dadurch zu Hemmungen beim Kind kommt. Schwerpunkt der Förderung sollte jedoch die psychomotorische Förderung sein. Durch die ganzheitliche Förderung erlebt das Kind mit allen Sinnen, Erlebnis- und Selbsterfahrungen. Durch eigene Entscheidungen lenkt es die Entwicklung von selbstbestimmten Spielabläufen.

Die verhaltenstherapeutische Intervention, die ihrem Wesen nach defizitär orientiert ist, soll für das Kind die Funktion haben, selbst gewünschte Verhaltensänderungen gezielter zu steuern. Voraussetzung ist, dass es sein eigenes Verhalten wieder beeinflussen kann, das eigenes Verhalten bewusster selbst zu steuern (Seligmann). Das Kind selbst hält bestimmte problematische Verhaltensweisen für änderungswürdig. Im Sinn der ganzheitlichen Therapie muss das Kind diese Entscheidung selbst treffen. Diese Fähigkeit setzt die entsprechende Entwicklungsstufe voraus. Hieraus ergibt sich die Frage, wann diese Intervention angeboten werden soll. Das Kind entscheidet den Zeitpunkt selbst, auf Grund seiner Bereitschaft und Fähigkeit. Den Weg zu dieser Entscheidung kann der Therapeut durch sensible Gespräche am Rand der basalen Förderung einleiten.

Entscheidungen über weitere Angebotsformen und die Vorbereitung der Verhaltenstherapie fallen in der Regel in die Beobachtung der Prozessabläufe und der Zwischenreflexion, die etwa im Rhythmus von vier bis sechs Wochen durchgeführt werden sollte. Hierzu sind die Stundendokumentationen und die Informationen aus Schule und Elternhaus wichtige Entscheidungshilfen.

Die Dauer der Therapie hängt vom Entwicklungsverlauf des Kindes ab und beträgt in der Regel ein bis zwei Jahre. Eine Entwicklungsbegleitung von wenigen Wochen, so wie sie zum Teil von den Krankenkassen finanziert wird, erbringt deutlich geringere Effekte. Letztlich entscheiden über die Dauer jedoch jene Institutionen, wie die Krankenkasse, das Bundesland oder die Kommune, welche die Therapie finanzieren. Hier muss nach gesetzlichen Möglichkeiten, wie die Wiedereingliederungshilfe von Kindern, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, gesucht werden, um eine langfristige Finanzierung durch die öffentliche Hand zu gewährleisten.

Eine Therapie sollte abgeschlossen werden, wenn das Kind gelernt hat seine eigenen Probleme im Wesentlichen selbst zu lösen. Dies ist möglich, wenn es sich als handelnde Person erfährt und seine Stärken und Schwächen realistisch einschätzen kann. Dies ergibt sich u.a. durch ein gestärktes Selbstbild und der weitgehenden Auflösung von Kommunikationsstörungen im Sozialsystem des Kindes. Wesentlich zur Primärproblematik ist die Fähigkeit der Selbststeuerung von Bewegungsimpulsen und dem Wissen um und Befriedigung der Reizimpulse (vgl. Kap. II. 2.2.), die es zur Steuerung der zentralen kortikalen Aktivierung braucht.

Zum Ende der Therapie sollten Abschlussgespräche mit den Eltern geführt werden. Themen dieser Gespräche sollten wichtige Momente der Förderung sein, die Einschätzung der Veränderungen und der heutige Stand der Entwicklung. Ein weiterer wichtiger Punkt sind Wünsche für die Zukunft. Hier sollte gemeinsam überlegt werden, welche Schritte hierzu notwendig wären.

Zur Diskussion könnten mögliche Angebote aus der Schule oder Stadtteil, wie zum Beispiel Sport- oder Hobbygruppen, kommen, in denen der soziale und der Bewegungsaspekt im Vordergrund stehen..

## **4. Die Therapieplanung**

Nachdem der Therapeut nun ein relativ konkretes Bild von der Problemlage des Kindes erhalten hat, sollten inhaltliche Therapieziele und ein grober Therapieplan entwickelt werden. Die Therapieziele sollten sich konkret auf die Arbeit mit dem Kind beziehen. Weiterhin sollten Therapieziele im systemischen Sinn auch für die Elternarbeit und unter Umständen für die Schule entwickelt werden.

### **4.1. Offener Therapieplan in der defizitorientierten Therapie**

In den meisten Therapien werden mit dem Patienten die Therapieziele, wie auch die einzelnen Therapieabschnitte mehr oder minder intensiv besprochen. Diese Form der offenen Therapiepläne finden wir in der Regel in defizitorientierten Therapien. Defizitorientierte Therapien sind, wie schon dargestellt, Therapieansätze, bei denen der Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut, Krankengymnast u. ä. nach einer diagnostischen Phase festgestellt hat, dass es in bestimmten Bereichen Mängel gibt, die mit den entsprechenden Methoden beseitigt werden sollen. Der Vorteil dieser Methode ist, dass der Patient genau die Ziele und Teilschritte kennt und somit, wenn er der Therapie positiv und offen gegenübersteht, sowohl die einzelnen Fort- und auch Rückschritte beobachten und kontrollieren kann. Somit hat er auch die Möglichkeit, Therapieziele bewusst und gezielt mitzuentcheiden. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz eines Defizits und die Erwartung einer Besserung.

Problematisch wird dieser therapeutische Ansatz bei Kindern, die im Prozess der Identitätsfindung spüren, dass etwas mit ihnen nicht so ist, wie es sein sollte. Diese Erfahrung, der Grad ist die Intensität der Auffälligkeit, bzw. die Intensität der Umweltreaktionen, kann zu Sekundärproblemen führen. Insbesondere weitere Verhaltensauffälligkeiten können entstehen. Hinzu kommt oft der lange Gang durch die Institutionen, die das Defizitbewusstsein beim Kind verstärken. Häufig werden unterschiedliche Ärzte (Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, HNO-Ärzte, Schulärzte u.ä.), der Schulpsychologe oder klinische Psychologe, Beratungsstellen, Ergotherapeuten u.ä. aufgesucht (vgl. Kap. I.).

ADHS-Kinder kommen häufig mit einem schwachen Selbstbewusstsein und einem Abwehrverhalten gegenüber Behandlern, oft verbunden mit „Therapiemüdigkeit“ in die Praxis. Nach längeren Gesprächen erzählen die Kinder, wenn sie wieder Vertrauen gefunden haben:

„Ich weiß, was bei mir alles nicht in Ordnung ist. Ich war schon bei Dr. X und Frau Y. Die haben das auch gesagt. Aber die Übungen haben mir auch nicht geholfen. Außerdem fand ich die blöd und Frau Z sowieso auch. Ich musste immer Sachen machen, die ich nicht wollte.“

Häufig reden die Kinder nicht über ihren „therapeutischen“ Werdegang, da „die anderen Kinder nicht wissen sollen, dass ich zu Frau Y gehen muss, weil die Anderen dann denken, dass ich doof bin. Vielleicht bin ich das ja wirklich“. Diese Äußerungen können ältere Grundschulkinder formulieren, die kognitiv schon dazu in der Lage sind. Wie reagieren jedoch Kindergartenkinder und Schulkinder aus den ersten Klassen? Wie verarbeiten sie diese Probleme?

## **4.2. Offene Therapiepläne in einer ganzheitlichen Therapie**

Der ganzheitliche Therapieansatz soll hier so verstanden werden, dass dieser Ansatz nicht oder nicht nur die Defizite oder Schwächen des Kindes sieht, sondern insbesondere die Stärken und Vorlieben betrachtet. Der Therapeut beachtet das ganze Kind bzw. das Kind erfährt durch diese Sichtweise, dass es, so wie es ist, mit seinen Schwächen und insbesondere mit seinen Stärken angenommen wird.

Zu Beginn dieses Förderansatzes sollte ein geeigneter Raum, der kindgerechte Bewegungen ermöglicht, gefunden werden. Hier eignen sich insbesondere adäquate Außenflächen, Turnhallen und ähnliche Räumlichkeiten. In diesem Raum soll das Kind sich anfangs orientieren und mit Bewegungs- und Spielmöglichkeiten experimentieren.

In einem Anfangsgespräch erinnert sich das Kind an seine Stärken und Vorlieben. Bei der Frage: "Was machst du denn am liebsten, wenn du in der Turnhalle oder auf dem Spielplatz bist?" erhellen sich in der Regel die Gesichter der Kinder. Häufig erwarten sie nach dem defizitorientierten Therapieansatz die Darstellung eines fertigen Konzeptes. Die ganzheitliche Therapie hat den Ansatz, das Kind zu stärken, ihm wieder Spaß an der Bewegung zu vermitteln und neues Zutrauen an der Bewegung zu ermöglichen. Zentral ist das psychomotorische Spiel. Hier eröffnen sich Erlebnis- und Entscheidungsräume. Die Inhalte, gelenkt durch die Form der Möglichkeiten und Angebote, werden vom Kind bestimmt und spontan entschieden (vgl. Kap. V.2.).

Erst dann, wenn das Kind wieder Zutrauen zu sich gefunden, eigene Stärken erlebt und Spaß an der Bewegung gefunden hat, kann der Therapeut in einem Gespräch mit dem Kind eigene Wünsche, wie zum Beispiel das Erlernen der Sportart Tischtennis, da die Mitschüler in den Pausen oft dieses Spiel spielen, erfragen. Diese Wünsche könnten als Projekt in die ganzheitliche Förderung mit eingebaut werden. Wichtig ist der Hinweis auf den (therapeutischen) Freiraum, der so ausgefüllt werden kann, wie das Kind es möchte.

Diese vereinzelt Projekte, die einen kleineren Teil der Stunde ausfüllen können, haben den Sinn, durch Erlernen bestimmter Techniken wieder am Pausenspiel der Mitschüler, dem Spiel in der Freizeit teilzunehmen oder Fertigkeiten zu trainieren, die im schulischen Sportunterricht gefordert werden. Die Kinder werden zunehmend durch die Beteiligung am Spiel von den Mitschülern anerkannt .

Wenn zur eigentlichen Entwicklungsbegleitung ein Selbstinstruktions- oder Selbstmanagementverfahren eingebaut werden soll, können diese Projekte eine Hinführung sein. Das Kind erfährt, dass es in vertrauter Atmosphäre zusätzliche Hilfestellungen erhalten kann. Der defizitäre Charakter wird so in der Wahrnehmung des Kindes relativiert.

Ein hinführendes Gespräch könnte wie folgt eingeleitet werden:

„Klaus, es macht mir viel Spaß mit dir zu turnen und zu spielen. Du kannst gut klettern und springen. Du hast viele Ideen und kannst spannende Dinge bauen. Zum Beispiel hat mir das Piratenschiff viel Spaß gemacht.

Wenn du jetzt an die Schule denkst oder an deine Familie oder an deine Freunde, fällt dir vielleicht ein, ob du da etwas besser machen möchtest? Wenn du willst, können wir uns in der Stunde etwas Zeit nehmen und das üben, was du verbessern möchtest.“

Wenn die Kinder Ziele äußern, ist somit ein offener Therapieteilplan formuliert. In der weiteren Folge sollten Spiele oder Übungen als Baustein mit dieser Zielvorgabe in den therapeutischen Ablauf eingefügt werden. Nach einer angemessenen Zeit kann der Therapeut nach den ersten Erfolgen fragen.

Der offene Therapieplan ist also jene Zielvorgabe, die das Kind nach einer Orientierungsphase selbst formuliert. Die Zielvorgabe sollte immer positiv formuliert sein.

Neben eher motorischen Inhalten kann das Kind aus seinen eigenen Wünschen heraus Verhaltensänderungen nennen und diese neben dem eigentlichen „Spiel“ üben. Auch auf dieser Ebene sollte der offene Therapieplan den Einsatz und Beginn von verhaltenstherapeutischen Interventionen begleiten. Dem Kind wird einerseits vermittelt, dass es viele Stärken hat und als ganze Person angenommen wird. Andererseits erlebt es, dass es negativ erlernte Verhaltensweisen ändern kann. Diese Änderung möchte das Kind aus sich selbst heraus. Es kann probieren. Somit wird das Kind, motiviert durch die Erfolge in den Förderstunden, die neu erprobten Verhaltensweisen in seinen Alltag übertragen. Genau an dieser Stelle zeigt die defizitorientierte Therapie deutliche Probleme auf.

Der offene Therapieplan ist somit jener Rahmen, der im Zusammenspiel zwischen Therapeut und Kind entwickelt und vom Kind gewünscht wird. Neben dem eigentlichen Spiel werden bewusst verhaltenstherapeutische Elemente mit aufgenommen.

#### 4.3. Funktion eines verdeckten Therapieplans in einer ganzheitlichen Therapie

Durch eine eingehenden Diagnostik sind Verhaltensdefizite im motorischen und psychischen Bereich erkannt worden. Der offene Therapieplan ist ein Baustein in der übergeordneten Gesamttherapieplanung. Der verdeckte Therapieplan enthält die Ziele zur Aufhebung der motorischen und psychischen Auffälligkeiten, welche die problematische Gesamtsituation des Kindes bestimmen. Sie betreffen sowohl das Kind in seiner Gesamtpersönlichkeit, wie auch die problematischen Situationen im Elternhaus und in der Schule. Form, Inhalt und Zeitpunkt einer schulischen oder familiären Intervention müssen wohl überlegt und geplant sein. Der Beginn muss auf die individuelle Entwicklungsphase des Kindes abgestimmt sein.

Jene Therapieziele, welche die Gesamtpersönlichkeit des Kindes betreffen, ergeben sich aus der Gesamtanalyse der Problemfelder. Sie können Wahrnehmungs-, Bewegungs- oder Verhaltensstörungen beinhalten. Welche Angebote welche Erfahrungsräume eröffnen, hängt einerseits vom Wissen des Therapeuten ab, andererseits entscheidet das Kind über die Annahme und den Umgang mit den Materialien oder Sozialbezügen. Welche Erfahrungen das Kind tatsächlich macht, hängt von seinen Entscheidungen ab. Der Therapeut kann dem Kind nur Erlebnis- und Entscheidungsräume anbieten.

Welche Angebote in welcher zeitlichen Reihenfolge angeboten werden, entscheidet der Therapeut. Ein verdeckter Therapieplan bezieht sich somit auf die Inhalte und den zeitlichen Einsatz von Angeboten. Der verdeckte Therapieplan strukturiert Entwicklungsabschnitte und Bereiche, die dem Kind nicht mitgeteilt werden.

Einem verdeckten Therapieplan könnte nun entgegengestellt werden, dass die verdeckte Planung die Selbstständigkeit der Persönlichkeit oder die Entscheidungsfähigkeit einer Person in Frage stellt.

Tatsächlich soll diese Form der verdeckten Planung bei Kindern eingesetzt werden, um die Kinder in ihrer Entwicklung entscheidungsfähiger und selbstbewusster zu machen. Kinder in dieser Entwicklungsphase können nicht kognitiv über die Annahme oder Ablehnung von Therapieangeboten entscheiden. Kinder entscheiden eher intuitiv, instinktiv und unbewusst. Über die Annahme der Angebote können Kinder nur entscheiden, wenn sie angeboten werden.

Inwieweit die verdeckten Therapieziele in der geplanten Reihenfolge tatsächlich erreicht werden, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Die geplante zeitliche Reihenfolge kann in einem ganzheitlichen Ansatz nur eine grobe Orientierung sein, da der ganzheitliche Ansatz auf die ganze Persönlichkeit als dynamisches System zielt. Somit werden viele Bereiche der Persönlichkeit berührt, die sich auf Grund der Vernetzung im Laufe der Therapie wandeln und verändern.

Eine systematische Strukturierung therapeutischer Prozesse innerhalb eines ganzheitlichen Ansatzes ist jedoch notwendig und wichtig, um Erfahrungen zu bestimmten Zeitpunkten in einer prozessorientierten Therapie zu ermöglichen. Positive Erfahrungen sind der Motor, der das Kind zu weiteren Erfahrungsräumen motiviert. Diese Erfahrungen stärken das Selbstbewusstsein und beeinflussen Handlungsentscheidungen auch in anderen Bereichen der Persönlichkeit.

Inwieweit verdeckt gesetzte Therapieziele, die eine Verhaltensänderung bewirken sollen, erreicht werden, hängt weiterhin von der inneren Bereitschaft des Kindes ab, bestimmte Verhaltensweisen tatsächlich ändern zu wollen. Die Voraussetzung dieses Wollens ist, dass das Kind unter dieser Verhaltensweise leidet. Eine nicht ausgesprochene und nicht gewünschte Verhaltensänderung durch das Kind kann mittel- oder langfristig kaum eine

grundlegende Verhaltensänderung bewirken. Eine prozessual gesehene einseitig, ausschließlich von der Umwelt ausgehende Definition von unerwünschten Verhaltensweisen wären in diesem Sinn Therapieziele, die nicht vom Kind ausgehen. Hier können defizitorientierte Therapien möglicherweise nur konditionieren. Dies scheint auch das Problem der Übertragbarkeit von gelernten Verhaltensschemata zu sein.

Mit diesem Verständnis kann ein Therapeut auf einer entwicklungsorientierten Basis ein Kind nur begleiten. Die Aufgabe eines ganzheitlich orientierten Therapeuten kann nur sein, dem Kind Wege aufzuzeigen und das Kind zu „Kreuzungen“, also Entscheidungssituationen, zu führen. Entscheiden, welchen Weg das Kind gehen will, muss es selbst. Durch die Art, Inhalte und Zeitpunkte, die dem Kind offeriert werden, können lediglich Wege aufgezeigt werden. In diesem Sinn ist der so verstandene Therapeut ein Weg-Begleiter in einer bestimmten Entwicklungsphase der Identität des Kindes.

## **5. Die konkrete Therapiestunde**

Nachdem über Ort und Zeitpunkt der Therapie entschieden wurde, kann die eigentliche Förderung beginnen.

Bei der Eröffnung haben sich Elemente aus den Sozialformen des Grundschulunterrichtes bewährt. Da die Förderung in der Regel einstündig und wochenweise außerhalb der Schulferien durchgeführt werden, bietet sich ein Anschluss an die kindlichen Erlebnisse in der Woche an. Hier kann ein Anfangskreis gewählt werden, in dem das Kind und auch der Therapeut wichtige Erlebnisse erzählen. Schließlich überlegt die Fördergruppe, welche Aktivitäten heute interessant wären. Wichtig ist in dieser Phase, dass die Kinder eigene Ideen entwickeln und ihre Ideen mit der Gruppe abstimmen. Die Kinder sollen lernen mit demokratischen Regeln die anderen Kinder von den eigenen Ideen zu überzeugen und die Fähigkeit zu entwickeln, andererseits bei einer favorisierten Idee die eigenen Interessen gegenüber dem Gruppeninteresse zurückzunehmen. ADHS- Kinder haben hier anfangs große Schwierigkeiten, da sie oft ihre eigenen Ideen rücksichtslos durchzusetzen und häufig nicht gewohnt sind, eigene Ideen gegenüber anderen zurückzustellen. Weiterhin haben ADHS- Kinder auf Grund ihrer Unruhe und Impulsivität anfangs große Probleme, sich an gemeinsam vereinbarte Gesprächs- und Verhaltensregeln zu halten.

Bei der Ideenentwicklung zur Therapiestunde hat der Therapeut volles Mitspracherecht. So kann er Materialien anbieten beziehungsweise Spielideen entwickeln, die insbesondere aktuelle Reizstimulierungen befriedigen können.

Folgende Stundenstruktur, die sich nicht als ein starres Muster versteht, hat sich als sinnvoll erwiesen:

1. Kreisgespräch
2. Anfangsspiel
3. Hauptteil
4. Aufräumen und Schlusskreis

Das Anfangsspiel hat die eigentliche Funktion, dass die Kinder sich aufwärmen und durch Bewegung aufgestaute Spannungen abzubauen. Insbesondere das Problem des Bewegungsmangels wurde in der Grundschule in den letzten Jahren diskutiert. Zimmer hat hierzu durch ihre Beiträge zur „Bewegten Schule“ wichtige Ideen und Konzepte für den Schulunterricht entwickelt.

Insbesondere die ADHS- Kinder kommen häufig mit einem sehr großen Bewegungsdrang in die Stunde, so dass diese Phase eine Ventilfunktion besitzt.

In der Hauptphase können die gewünschten Spielideen umgesetzt werden.

ADHS- Kinder suchen häufig zu Beginn der Förderung starke Reize, die das vestibuläre System betreffen. Sie schaukeln, hangeln an Seilen und drehen sich gern um die eigene Achse. Auch tiefsensible Reize nehmen die ADHS- Kinder gern an. Diese Reize können zum Beispiel durch Auflegen von Matten und Säckchen erreicht werden.

Nach der Erfahrung des Autors ist häufig für die Kinder nicht das erreichte Resultat wichtig, sondern die Phase, in der sie gemeinsam kreativ ihre Ideen umsetzen. Ihre Ideen setzen sie um, indem sie die Materialien der Sporthalle nicht zum Schulsport verwenden, sondern mit diesen Materialien bauen und die Halle zu Piratenschiffen, Sumpflandschaften oder eine Zirkusarena verwandeln.

Gerade das Erlebnis des Miteinander Handelns, das Akzeptiert Werden in der Gruppe, das Erleben, dass eigene Ideen in der Gruppe einen Wert besitzen, ist für ADHS- Kinder fundamental wichtig für die weitere Entwicklung des Selbstkonzeptes.

Die immer wiederkehrende Phasenaufteilung der Stunde, das Einhalten von sozialen Verhaltensregeln und das Erleben, ein wichtiger Teil der Gruppe zu sein, ist eine gute Strukturierungshilfe für die Kinder. Das Erleben, ein wichtiger Teil der Gruppe zu sein, lässt die Kinder entspannen und gibt ihnen Sicherheit und Anerkennung.

ADHS- Kinder sind nach anfänglichem Erproben der gesetzten Grenzen hinsichtlich der Stabilität dankbar für eine klare Orientierung. Die Regeln in der Gruppe und somit später auch im Elternhaus sollten nicht zu eng, jedoch auch nicht zu weit gesteckt werden. Entscheidend ist die Echtheit der einmal gesetzten Regel. Abgesehen von wenigen Grundregeln sollten die Regeln gemeinsam entwickelt werden. Nachdem die Kinder die Stabilität der Regeln erprobt und sie akzeptiert haben, achten insbesondere ADHS- Kinder auf die Einhaltung der Regeln.



Der Beginn der Schlussphase sollte frühzeitig bekanntgegeben werden, damit das Kind sich in seinem Spiel darauf einstellen kann und nicht erfährt, dass sein Spiel abrupt unterbrochen wird. Die Stunde ist, wie auch die Schulstunde, zeitlich begrenzt. Diese Tatsache stößt oft auf den Unmut der Kinder, wenn sie hochmotiviert beispielsweise ein Baumhaus gebaut haben. Jedoch können die entwickelten Ideen in der nächsten Stunde fortgeführt werden.

Zum Abschluss ist es wichtig, häufig anfangs jedoch schwierig, dass alle Kinder die Aufbauten wieder abbauen. Dies kann spielerisch geschehen, indem vielleicht ein kleines Abschlussspiel angeboten wird. Der Stundenschluss kann wieder ein Sitzkreis sein, indem Erlebnisse in der Stunde kurz besprochen und Ideen für die nächste Stunde entwickelt werden. Hier kann der Therapeut neben der Beobachtungsdiagnostik direkt verbal vom Kind erfahren, welche Reize es als besonders schön empfunden hat.

Vielleicht möchte ein Kind auch einen für ihn wichtigen Gegenstand aus seinem Kinderzimmer der Gruppe vorstellen. Diese Gelegenheit bietet der Anfangskreis. Indem Kinder mitgebrachte Gegenstände der Gruppe präsentieren, öffnen sie sich für die Gruppe und fühlen sich zudem von der Gruppe angenommen und akzeptiert. Diese Mitbringsel können ein guter Einstieg in eine neue Gruppe sein.

Das allgemeine Verhalten des Therapeuten sollte während der Stunde im Sinne der ganzheitlichen und kindzentrierten Idee als Moderator verstanden werden. Er leitet Handlungsweisen ein, koordiniert Gespräche, Anfangsphasen und achtet auf die Einhaltung der aufgestellten Regeln. In den einzelnen Spielphasen sollte das Handeln der Gruppe im Mittelpunkt stehen. Somit sollte der Therapeut sich phasenweise als Beobachter aus dem Geschehen zurückziehen.

## **6. Flankierende Maßnahmen**

### **6.1. Einleitung**

Wie oben dargestellt, wird die Therapie etwa in einer Stunde pro Woche durchgeführt.

Die bekannten Therapieansätze gehen in der Regel von diesem Stundendeputat aus. Bei näherer Betrachtung hat diese Form der Intervention nur geringe Wirkungen. Durch den systemischen Ansatz werden zusätzlich die Bereiche in die Intervention mit einbezogen, die einen direkten Einfluss auf das kindliche Verhalten haben.

Diese Bereiche sind einmal das Elternhaus und zum anderen die Schule. Wie in Kapitel V. 2.4. dargestellt, müssen, wenn ein grundlegender therapeutischer Effekt erzielt werden soll, die angesprochenen Bereiche im Sinn der ganzheitlichen Intervention einbezogen werden.

Häufig laufen schulische und familiäre Einflüsse konträr zu den therapeutischen Zielvorgaben, da durch die ständigen negativen Auseinandersetzungen mit dem Kind sich ein negatives Bild entwickelt hat. Häufig reagieren die Eltern und Lehrer nur noch auf die negativen Verhaltensweisen und sanktionieren. Die positiven Ansätze bleiben oft unberücksichtigt. In diesen Situationen heben sich häufig die erzielten Effekte auf. Das Kind erfährt, dass eine Umsetzung neu erprobter Verhaltensweisen in seinem Alltag schwierig, häufig sogar unmöglich ist.

Ein weiteres Problem sind Parallelbehandlungen. Da unterschiedliche therapeutische Ansätze kontraproduktiv sein können, zumal sie oft nicht aufeinander abgestimmt sind und die Kinder überfordert werden, sollte mit den Eltern überlegt werden, ob eine Mehrfachbehandlung sinnvoll ist. Zu empfehlen ist aus diesem Grund, eine Förderung erst nach Abschluss einer zuvor begonnenen Therapie zu eröffnen.

Nicht in jedem Fall ist jedoch eine Parallelbehandlung abzulehnen. Sie kann durchaus sinnvoll sein, wenn medizinische oder psychiatrische Probleme vorliegen, die der Fachbehandlung bedürfen. In diesen Fällen sollte insbesondere bei einer psychiatrischen Intervention ein Gespräch zwischen den jeweiligen Therapeuten stattfinden, so dass beide Behandler auf dem gleichen Informationsstand sind und die Parallelbehandlung gegenseitig abgestimmt werden kann. Für die ganzheitliche Intervention ist ein Zwischenaustausch und ein Abschlussgutachten des Mitbehandlers für seine therapeutische Entscheidung von außerordentlicher Wichtigkeit.

Hier soll noch einmal deutlich werden, wie wichtig für den Erfolg der Therapie und der Situation des Kindes eine Vernetzung im genannten Sinn ist.

Häufig haben Kinder, die einen langen Leidensweg hinter sich haben, ein schwaches Selbstbewusstsein, da ihnen auf allen Sozialisationsebenen (Schule, Elternhaus, Peergroups) mitgeteilt wird, dass es anders, fehlerhaft ist. Offensichtlich ist es in einer gewissen Form krank. Das Ziel der ganzheitlichen Förderung ist in der ersten Stufe der Aufbau des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühl. Von daher ist eine Zentrierung auf eine ganzheitliche Intervention und die Vernetzung der Sozialisationsebenen von grundlegender Wichtigkeit.

## **6.2. Die kinderärztliche Medikamentengabe**

Häufig verschreibt der Kinderarzt bei festgestellter oder vermuteter ADHS-Problematik mit massiven Verhaltensauffälligkeiten ein Psychopharmakon. Das in Deutschland bekannteste Mittel ist, wie dargestellt, das Methylphenidat Ritalin<sup>®</sup>. In wenigen Fällen wird bei einer Unverträglichkeit des Mittels ein D-Amphetamin verschrieben (vgl. Kap. II. 3. 2.1.).

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass die Ursache für die ADHS-Problematik multifaktoriell bestimmt ist. Eine hirnorganische Ursache wird vermutet. In diesen Fällen ist die Gabe von Methylphenidat zu diskutieren, jedoch auf keinen Fall zwingend. Inwieweit der Therapeut in Absprache mit den Eltern eine Methylphenidatgabe für sinnvoll hält, muss im Einzelfall diskutiert werden. Zu der grundsätzlichen Gabe, der Art und Weise und der Dosierung gibt es unterschiedliche Meinungen (vgl. Kap. II. 2.). In diesem Fall ist ein gemeinsames Gespräch mit dem behandelnden Arzt notwendig.

Grundsätzlich sollte bedacht werden, dass zwar nach der Theorie der Transmitterhypothese Ritalin ursächlich durch die Erhöhung der Anzahl der Transmitter wirkt. Andererseits sollte die Forschung auch neurologische Wirkungsweisen von Einflüssen durch den kindlichen Willen, begünstigt durch eine positive Einstellung zu sich selbst oder eine zusätzliche verhaltenstherapeutischen Interventionen, die im vorgestellten Verfahren integriert werden kann, diskutieren. In den übrigen Fällen behandelt das Ritalin, wie häufig bei medikamentöser Behandlung durch Psychopharmaka, nur die Symptome und nicht die Ursachen. Einer Medikamentengläubigkeit, wie beispielsweise bei Eichlseder (1987b), sollte mit Vorsicht bedacht werden.

Da viele Kinderärzte Ritalin bei Verdacht auf ADHS verschreiben, muss der Therapeut zu Beginn der Intervention eine genaue Differenzialdiagnostik durchführen. Verhärtet sich der Verdacht auf ADHS nicht, so sollte die vermutete Ursache medizinisch abgeklärt werden. Bei einem positiven Befund sollte die Ritalingabe mit den Eltern und dem behandelnden Arzt neu überlegt werden.

Weiterhin sollte eine Methylphenidatgabe nur in Fällen gegeben werden, in der eine Indikation aufgrund der Verhaltensauffälligkeit dringend gegeben ist. Hier kann es nur um massive Verhaltensauffälligkeiten gehen, die eine soziale Integration und das schulische Leistungsvermögen, als auch ein familiäres Zusammenleben ernsthaft gefährden.

In der Dosierung sollte die Gabe möglichst niedrig gehalten und von ärztlicher Seite kritisch überprüft werden.

Weiterhin sollte die Frage, ob das Medikament ohne Unterbrechung durchgegeben werden oder Pausierungen am Wochenende und in den Schulferien eingeschoben werden soll, mit den Eltern und dem behandelnden Arzt diskutiert werden.

Die Verfechter der Pausierung führen an, dass das Kind sich selbst spüren und durch seinen eigenen Willen auf sein Verhalten einwirken soll. Weiterhin können in den Pausen mögliche Nebenwirkungen, wie Appetitlosigkeit, Probleme im Längenwachstum u.ä. überprüft werden.

Gegen eine Pausierung sprechen bei vielen Kindern massive Umstellungsprobleme, die in der Schule und im Elternhaus in diesen Phasen zu erheblichen Schwierigkeiten führen.

Die Intervention des Therapeuten bei der Gabe von Methylphenidat ist also zwingend notwendig, um eventuell gravierende Nebenwirkungen zu verhindern und eine ganzheitliche Förderung zu ermöglichen.

### **6.3. Die familiäre Intervention**

Wie dargestellt kommen ADHS-Kinder zu einer ganzheitlichen Therapie, nachdem sie oft einen langen Leidensweg hinter sich haben. Dieser Leidensweg beginnt in der Regel in der Familie. Das Kind zeigt in der Familie zunehmend massive Auffälligkeiten. Häufig reagieren unaufgeklärte Eltern mit erzieherischen Gegenmaßnahmen. Diese Maßnahmen bewirken nach einiger Zeit ein Trotzverhalten, das wiederum mit gesteigerten erzieherischen Maßnahmen geahndet wird. Die eigentliche Symptomatik verändert sich hierbei nicht. Durch die ständige Unruhe, Impulsivität, schwache Konzentrations- und damit Merkfähigkeit wird die Atmosphäre im Zusammenleben häufig gereizt und nervös. Wie beschrieben kommen Eltern und das Kind in eine Negativspirale, die familiären Beziehungen werden erheblich belastet. Das Kind fühlt sich zunehmend von den Eltern abgelehnt. Die Eltern unterstellen dem Kind böswillige Absichten. Im fortschreitenden Prozess unterstellen die Eltern sich gegenseitig schwache oder falsche Erziehungsfähigkeiten. Eine gegenseitige Schuldzuweisung ist die Folge. Die Beziehungen der Familienmitglieder drohen auseinander zu brechen. Hinzu kommen häufig Beschwerden aus der Nachbarschaft und der Schule auf Grund der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Manche Eltern reduzieren ihre familiären Sozialkontakte. Von vielen Seiten wird den Eltern, häufig insbesondere der Mutter, Erziehungsfehler bis hin zur Erziehungsunfähigkeit unterstellt (vgl. Kap. II. 3. 4.).

Durch ein sensibles Explorationsgespräch mit beiden Elternteilen kann der Therapeut Hinweise auf die innere Situation der Familie erhalten. In anschließenden Elterngesprächen, die in problematischen Situationen zeitlich in kürzeren Abständen durchgeführt werden sollten, versucht der Therapeut sich als Gesprächspartner und Vertrauensperson anzubieten. Inwieweit Einzelgespräche bei Beziehungskonflikten sinnvoll sind, muss der Therapeut im Einzelfall prüfen. Häufig sind die Eltern erleichtert, wenn sie endlich ein offenes Gespräch mit einer außenstehenden Person führen können (vgl. Kap. V.7., 8.).

Die Aufgabe des Therapeuten in der Elternarbeit ist zu Beginn die Aufklärung der Eltern über die ADHS-Symptomatik. Es geht hier um Information und Abbau von Schuldbewusstsein. Weiterhin ist es häufig dringend notwendig, erziehungsberatend die Eltern zu begleiten. So setzen Mütter häufig aus einem Schuldbewusstsein dem Kind keine klaren Grenzen. Bestehende Regeln werden durchbrochen und aggressive Verhaltensweisen des Kindes nicht kanalisiert. Für den Erfolg der Therapie ist es von elementarer Wichtigkeit, den Eltern den Ansatz der Therapie deutlich zu machen, die Stärken des Kindes immer wieder darzustellen und Entwicklungsschritte zu dokumentieren.

Somit sollte der Therapeut die familiären Einflüsse auf das Kind im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes kanalisieren. Weiterhin kann der Therapeut bei massiven Erziehungsproblemen und ehelichen Konfliktproblematiken sensibel an entsprechende Beratungsstellen weiter verweisen. Inwieweit der Pädagoge familientherapeutisch arbeiten kann, hängt vom Grad seiner Ausbildung und Erfahrung ab. Grundsätzlich sollte eine familientherapeutische Intervention positiv, also bei den Stärken beginnen und nicht defizitär arbeiten (vgl. Kap. II. 3.4.3.). Der Therapeut ist häufig die einzige außenstehende Person, die das Netzwerk der Familie strukturieren und negative Einflüsse im Sinn der Identifikationsentwicklung des Kindes aufzeigen kann.

#### **6.4. Die schulische Situation**

Ähnlich wie im Netzwerk Familie wirken in der Schule negative Kräfte auf das Kind. Bedingt durch die Primärsymptomatik haben sich durch die ständigen Auseinandersetzungen mit den LehrerInnen und den Mitschülern zunehmende Verhaltensauffälligkeiten entwickelt. Die LehrerInnen fühlen sich durch die Verhaltensweisen gehindert ihren Unterricht störungsfrei durchzuführen. Häufig entstehen massive Ablehnungs- bis Hassgefühle bei den LehrerInnen. Das Kind wird zunehmend stigmatisiert. Bald ist das Kind im Lehrerzimmer bekannt. VertretungslehrerInnen oder die Pausenaufsicht können voreingenommen sein und beschuldigen in uneindeutigen Situationen leicht dieses Kind.

Durch die zunehmenden Konfliktsituationen in der Schule werden immer wieder die Eltern einbestellt. Gegenseitige Schuldzuweisungen sind oft die Folge.

Auch im Klassenverband spüren die Mitschüler, dass dieses Kind anders ist. Ständig macht es Unsinn und stört die Mitschüler im Unterricht. Gerade in den Stillarbeitphasen werden die Mitschüler teilweise massiv gestört. Einige wenige Mitschüler finden dieses Verhalten anfangs jedoch interessant und werden selbst verstärkt auffällig. Nach kurzer Zeit jedoch wird er zunehmend abgelehnt. Kommt es zu Auseinandersetzungen in der Klasse, wird es schnell von den Mitschülern angezeigt.

Das Kind, das anfangs motiviert in die Schule kam, erlebt nun häufige Konfliktsituationen und Ablehnungen, sowohl bei den LehrerInnen als auch bei den Schülern. Auch hier in der Schule entwickelt sich eine Negativspirale, in deren Folge sich massive Sekundärprobleme bilden. Das Kind bricht in den schulischen Leistungen ein und wird zunehmend aggressiver.

In dieser Situation hat der Therapeut die Aufgabe, den LehrerInnen von der Problemlage des Kindes zu berichten. Zwar hat sich im Zuge der öffentlichen Diskussion um das ADHS das Wissen um dieses Syndrom verbreitet, jedoch gibt es noch einen großen Prozentsatz an LehrerInnen, die keine oder nur sehr lückenhaft Informationen über diese Problematik besitzen. Sie gehen von Böswilligkeit der Kinder aus, die, so wird oft vermutet, in der mangelnden elterlichen Erziehungskompetenz begründet ist.

Die Aufgabe des Therapeuten ist in diesen Fällen eine grundlegende Aufklärungsarbeit. Indem die LehrerInnen erkennen, dass das Verhalten nicht böswillig ist, verändert sich das Bild des ADHS-Kindes, das sich bei den LehrerInnen und Schülern geprägt hat. Die Stigmatisierungen beginnen zu bröckeln.

Im weiteren Verlauf der Beratungsgespräche kann die Sitzplatzposition besprochen werden. Häufig brauchen Kinder mit diesen Problemlagen einen Einzelplatz im Nahbereich des Lehrertisches, um sich besser konzentrieren zu können. Der Schüler ist durch der/die LehrerIn schnell zu erreichen und können durch sie an den Arbeitsauftrag erinnern werden. Weiterhin kann der/die LehrerIn das Kind durch Nähe und Handauflegungen beruhigen und zur Konzentration führen.

Schließlich können dem Kind durch der/die LehrerIn wichtige Strukturierungshilfen wie ein klar strukturierter Schulalltag und Schulstunden, die mit Symbolen gekennzeichnet sind, gegeben werden. Insofern sollte mit dem/der LehrerIn überlegt werden, welche Unterrichtsmethoden diesem Kind aus seiner Problematik heraushelfen können. Ein weiteres Problem ist die Reizüberflutung, die durch offene Klassentüren oder einem Sitzplatz mit Blick zum Fenster oder generell durch zu große Klassen und häufigen Lehrerwechsel entsteht.

Weiterhin kann der/die LehrerIn, wenn sie dazu bereit ist, als Co-TherapeutIn auftreten. Er/sie kann zum Beispiel bei bestimmten Verhaltensweisen, die in der Selbstmanagementmethode aktuell bearbeitet werden, durch Symbole an verabredete Verhaltensänderungen erinnern (vgl. Kap. II. 3.4.2.).

Oberstes Ziel bei einer schulischen Intervention ist der Durchbruch der Negativspirale und die Schaffung von Bedingungen, die eine positive Entwicklung des Kindes ermöglichen. Dies kann nur gelingen, wenn der Therapeutenkontakt zur Schule regelmäßig und über einen längeren Zeitraum stattfindet.

## **7. Fallbeispiele**

### **7.1. Einleitung**

In diesem Kapitel werden vier Entwicklungsförderungen vorgestellt. Am ersten Fall wird detailliert die therapeutische Arbeit und die Entwicklung des Kindes vorgestellt. In diesem Fall wird der Entwicklung der Förderung in der Anfangsphase exemplarisch ein größerer Raum in der Darstellung gegeben. In den weiteren Fällen wird hinsichtlich einer Gesamtdarstellung darauf verzichtet

Die dargestellten Fälle sind zwischen einem und zwei Jahren vom Autor in seiner therapeutischen Tätigkeit an der Psychomotorischen Förderstelle Bielefeld begleitet worden. Sie wurden in dem Rahmen, wie im Kapitel V.3 beschrieben, durchgeführt. Eine zusätzliche Verhaltenstherapie (Selbstinstruktions- Selbstmanagement- verfahren) wurde nicht installiert (vgl. Kap. V.2.4.).

Die Fälle sind vom Inhalt her authentisch. Jedoch sind Namen und Daten im Sinne des Datenschutzes verändert worden, so dass Rückschlüsse auf die realen Fälle nicht mehr möglich sind.

Bei den dargestellten Förderungen handelt es sich jeweils um ein Kind mit einer ADHS-Problematik. Die Diagnose dieses Syndroms wird in den einzelnen Fällen beschrieben.

Wichtig bei der Darstellung ist es dem Autor zu zeigen, dass das Syndrom jeweils nicht isoliert auftritt, also nicht klinisch betrachtet werden darf, sondern immer in einem sozialen Kontext steht. Das Agieren des Kindes im sozialen Netz bewirkt auf Grund der Basissymptomatik Kommunikationsstörungen, die im folgenden Kommunikationsprozess zur Entwicklung von Sekundärproblemen führen (vgl. Kap. V.2.). Somit ist es im Sinn einer systemischen Entwicklungsförderung zu Beginn notwendig, die aktuelle Gesamtsituation festzustellen. Nur so können die Gesamtsituation des Kindes und die Kommunikationsstörungen deutlicher werden.

Die konkrete Entwicklungsförderung mit dem Kind wird auf der Basis der psychomotorischen Förderung durchgeführt (vgl. Kap. V.2.2.).

Hier soll noch einmal daran erinnert werden, dass es nicht primär um die Behandlung der Basissymptome geht, sondern Ziel der Begleitung ist eine Entwicklung zu einem selbstverantwortlichen und sozialen Wesen. Die Voraussetzung ist die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes (vgl. Kap IV.4.). In diesem ganzheitlichen Verständnis einer Entwicklungsbegleitung sind neben der Problemlage auch die persönlichen Ressourcen, also die Stärken und Vorlieben des Kindes für die Entwicklung eines Therapieplanes wichtig.

Angemerkt sei, dass in den Fallbeschreibungen der Begriff „Sitzkreis“ verwendet wird. Dieser Begriff betont ein gemeinsames Gespräch im Sitzen. Da ein Kreis bekanntermaßen nur mit drei oder mehr Personen durchgeführt werden kann, wurde trotzdem dieser Begriff auch bei Gesprächen mit zwei Personen beibehalten, da es keinen adäquaten Begriff für diesen Fall gibt.

## **7. 2. Der Fall Michael.**

### **7. 2.1. Die Aufnahme**

Michael wurde vor 3 Jahren zur psychomotorischen Förderung bei uns angemeldet.

Im Aufnahmegespräch wurde folgende Situation durch die Beschreibung der Mutter deutlich: Michael lebt mit seiner zwei Jahre jüngeren Schwester und beiden Elternteilen zusammen in einem Einfamilienhaus. Zu der Zeit besucht der 8, 7 Jahre alte Junge die zweite Klasse einer Grundschule.

Michael wurde in der 42. Schwangerschaftswoche durch eine Spontangeburt geboren. Die Schwangerschaft und Geburt waren unauffällig. Jedoch fühlte die Mutter sich häufig unter psychischem Streß. Seine motorische Entwicklung war normal, die Sprachentwicklung verzögert.

Nach der Geburt der Schwester zeigte Michael zunehmend Verhaltensstörungen mit Trotzverhalten und mangelndem Selbstwertgefühl. Er war unsicher bei Arbeiten im Haushalt und Schule, in seiner Entscheidungsfähigkeit und in seiner negativen Grundhaltung gegenüber seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Im 5. Lebensjahr wurde Michael in einen Regelkindergarten aufgenommen. Er fand schnell Kontakt und wurde allmählich in die Gruppe integriert. Den Erzieherinnen fiel Michaels Unruhe auf, die häufig im Stuhlkreis beobachtet werden konnte. Durch seine Aktivitäten und spontanen Ideen war Michael in der Gruppe beliebt.

Mit der Einschulung vor zwei Jahren, Michael ist ein Jahr zurückgestellt worden, zeigte er Probleme in der Raumlage, dem Gleichgewicht und Höhenängste, die bis heute unverändert bestehen. Auffällig ist Michael durch seine häufige Unruhe geworden, die im Unterricht mit den Mitschülern und der Lehrerin zu Auseinandersetzungen führen. Häufiger gibt es in den Pausen Rempelen, da Michael sich angegriffen fühlt. Trotzdem ist er bei einigen Schülern beliebt. Oft fühlt er sich in der Schule jedoch abgelehnt und minderwertig.

Auch im häuslichen Bereich gibt es mit der zwei Jahre jüngeren Schwester Auseinandersetzungen. Die Ursache scheint auf eine Konkurrenzbeziehung insbesondere zu der Mutter zu beruhen. Seine Schwester hat die Rolle der lieben, hilfsbereiten Tochter inne, die harmonisch mit der Mutter lebt. Im Alltag ist sie in vielen Dingen selbstständiger als Michael. Diese Situationen führen häufig zu Streitereien zwischen den Geschwistern.

Michaels latente Unselbstständigkeit führt die Mutter auf ihr eigenes Verhalten zurück. Seit den ersten Lebensjahren nimmt die Mutter ihm alltägliche Aufgaben ab. Sie begründet dies mit ihrer Angst, dass Michael seelisch behindert ist. Andererseits fordert Michael häufig ihre Hilfe ein. Somit hat Michael wenig Möglichkeiten selbstständig zu werden, indem er sich in Alltagstechniken erproben kann. Frau N. gibt an, dass sie ihn eigentlich überbehütet hat. Frau N. beschreibt sich als die Person, die für die Familie allein verantwortlich ist. Der Vater ist aus beruflichen Gründen häufig nicht anwesend. Die Ehe beschreibt sie als eher problematisch, da ihr Mann langsam und träge sei. Sie sagt, dass sie ihn, ähnlich wie Michael, häufig „anschieben“ müsse.



Michael ist nach Aussage der Mutter eher streitsüchtig, „irgendwie“ chaotisch und braucht immer wieder Hilfestellungen von der Mutter. Er ist sehr sensibel und introvertiert. Gleichzeitig zeigt er eine innere Unruhe und eine geringe Frustrationstoleranz. Auch sein Vater, so berichtete die Mutter, sei in seiner Jugend auch innerlich unruhig gewesen. Häufig kommt es zwischen der Mutter und ihm zu lautstarken Auseinandersetzungen, weil er sich öfters nicht an bestehende Familienregeln hält.

Auch im Elternhaus findet Michael sich zunehmend minderwertig und abgelehnt. In diesen Phasen zeigt er in der Schule und im Elternhaus teilweise Aggressionen oder ein „Kasperverhalten“.

Auf die Frage nach seinen Stärken und Fähigkeiten konnte die Mutter keine nennen. Hinsichtlich seiner Vorlieben nannte sie, dass er gern Abenteuergeschichten höre und gern lange schläft.

Die Mutter war bis zur Schwangerschaft mit Michael berufstätig. Ihr Beruf hat sie erfüllt und ihr Anerkennung gegeben. Heute ist sie, wie sie sagt, Hausfrau und Mutter.

Die Mutter war mit Michael in den vergangenen zwei Jahren, seit der Feststellung der Auffälligkeiten, bei verschiedenen Ärzten und Therapeuten. Er wurde vom Kinderarzt, einer Psychologin und im Sozialpädiatrischem Zentrum getestet. Die kinderpsychologische und psychiatrische Untersuchung bestätigte den Verdacht des Kinderarztes auf ADHS. Michael bekommt seit 6 Monaten morgens eine Einheit Ritalin. Da das Medikament nur morgens verabreicht wird, zeigt er ab mittags und am Wochenende die volle Breite der ADHS-Symptomatik mit zunehmend aggressiven Tendenzen. Auch in den Schulferien wird das Mittel abgesetzt. Eine psychotherapeutische Begleitung zur Medikamentierung findet nicht statt. Michael wird alle drei Monate beim Kinderarzt vorgestellt.

Michael wird in die therapeutische Begleitung zunächst für ein Jahr aufgenommen.

### **7.2.2. Diagnose**

Nach dem Aufnahmegespräch wurde eine motodiagnostische Eingangsuntersuchung mit dem Kind durchgeführt. Diese Testdiagnostik besteht aus Basiselementen des Diagnostischem Inventars motorischer Basiskompetenzen (DMB) von D. Eggert (1993). Die Testsituation ist eingekleidet in eine kindgerechte Phantasiegeschichte.

Die Auswertung des Testes bestätigte Probleme im Bereich der Raumlage, dem Gleichgewicht, der Körperkoordination, der Körperspannung und Feinmotorik. In der Untersuchungssituation war Michael offen und interessiert. Körperliche Unruhe zeigte er nur in der Anfangsphase. Feinmotorische Probleme könnten auf fahrige und schnelle Ausführung des entsprechenden Testteiles zurückzuführen sein. Auffällig war seine Unsicherheit, die er auch sprachlich ausdrückte, indem er mehrfach betonte, bestimmte motorische Aufgaben nicht durchführen zu können.

ADHS-Untersuchung nach DSM-IV und ICD-10 (vgl. Kap. III.1.3.)  
Folgende Punkte treffen nach Aussage der Mutter zu:

A) Unaufmerksamkeit

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, und bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu halten.
3. Scheint häufiger nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Hat häufiger Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
5. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken.

B) Hyperaktivität

1. Zappelt häufig mit den Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht in der Klasse oder in Situationen auf, in denen Sitzen bleiben erwartet wird.

C) Impulsivität

1. Platzt mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Unterbricht und stört andere häufig.

Dieses Verhalten zeigte er etwa seit seinem vierten Lebensjahr, sowohl im Kindergarten/Schule als auch im Elternhaus. Eine Schizophrenie oder eine andere sichtbare psychotische Störung kann ausgeschlossen werden. Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung ist unsicher. Somit kann eine ADHS-Problematik mit tendenzieller Störung des Sozialverhaltens vermutet werden.

Beobachtungsdiagnostik aus dem Aufnahmegespräch:

Die Darstellung der Mutter, alles für ihn getan zu haben, ihn eigentlich überbehütet zu haben, lässt eine Beziehungs- und Erziehungsunsicherheit der Mutter zu ihrem Sohn vermuten. Verstärkt wird diese Vermutung durch den Hinweis, dass die Mutter Angst vor einer möglichen seelischen Behinderung ihres Sohnes hat. Dafür spricht auch das mehrfache Vorstellen bei unterschiedlichen Ärzten.

Belegt ist eine starke emotionale Unsicherheit und ein schwaches Selbstvertrauen des Kindes. Aggressive Verhaltensweisen scheinen nur in Situationen beobachtet werden zu können, in denen Michael sich massiv angegriffen fühlt.

Die Mutter fühlt sich tendenziell überlastet und allein gelassen in ihrer Verantwortung gegenüber der Familie. Möglicherweise hat sie durch ihr unsicheres Erziehungsverhalten eigene Ängste auf den Sohn übertragen. Die Position des Vaters zu Michael muss geklärt werden.

### 7.2.3. Therapieplanung

Grundsätzlich sollen die Stundeninhalte im Wesentlichen mit dem Kind geplant werden. So wird Michael zunehmend mehr Ideen entwickeln. Dabei wird er von seinen Stärken und Fähigkeiten ausgehen. Der offene Therapieplan beinhaltet somit ein miteinander Spielen, wobei seine Neigungen im Vordergrund stehen. Der verdeckte Therapieplan (vgl. Kap. V.4.) soll folgende Punkte beinhalten:

#### A. Direkte Intervention

Problemfelder:

- Unruhe, Unkonzentriertheit, Impulsivität
- Schwaches Selbstbewußtsein
- Teilweise Aggression und Kaperverhalten
- Höhenängste
- Gleichgewicht
- Raumlage
- Körperkoordination
- Feinmotorik
- Körperspannung

Indikation:

Angebote in der Motorik:

- Gleichgewicht: Balance, Trampolin, unsichere Untergründe
- Höhenängste: Schiefe Ebene, Schaukel u. ä.
- Raumlage: Ballspiele, Bau von zweistöckigen Buden, malen
- Feinmotorik und Körperspannung beobachten

Angebot im Verhalten:

Aggressivität und Körperverhalten beobachten

Angebote im ADHS:

Austoben lassen, Tiefensensibilisierung, Schaukeln, Trampolin, Körperwahrnehmung.  
Welche Impulse sucht er?

Da Michael spannende Abenteuergeschichten mag, sollten Angebote in entsprechende Phantasiegeschichten eingekleidet sein. Mit dieser Methode könnte seine Motivation erhöht werden. Welche Fähigkeiten und Stärken Michael hat, soll im Verlauf der Förderung eruiert und den Eltern deutlich werden. So kann den Eltern, bzw. der Mutter ein positiveres und realistischeres Bild von ihrem Sohn vermittelt werden.

## B. Familiäre Intervention

Wie fühlt sich die Mutter?

Fühlt sie sich durch Michaels Verhalten in ihrer Persönlichkeitsentfaltung behindert?

Sieht sie in ihm ihre aktuelle Lebensaufgabe?

Wie sieht sie Michael im Vergleich zu ihrer Tochter wirklich? Gibt es

Unterschiede in der Behandlung? Positive Besetzung des Sohnes!

Wie sieht die Mutterrolle in Bezug auf Michael aus?

Welche Rolle spielt der Vater in der Familie?

Welche Vorlieben und Stärken hat Michael?

ADHS:

Konsequente klare Regeln,

Gesunde Mischkost, Ernährung?

Rückzugsmöglichkeiten, Toben können,

Positive Verstärkung der Mutter und des Kindes

Ritalingabe diskutieren

Gemeinsame Aktivitäten mit allen Familienmitgliedern

## C. Schulische Intervention

Aufklärung über ADHS

Nach vorne setzen, Einzeltisch?

Blickkontakt, Körperkontakt durch die Lehrerin

Zeiten für Bewegung (Botengänge)

Klare Regeln, Strukturierung des Alltags

Hausaufgabe in Absprache mit der Mutter

Tischnachbarn, denen er Hilfestellung geben könnte

### **7.2.4. Therapieverlauf**

#### **7.2.4.1. Einführung**

Die vorläufige Therapieplanung ist abgeschlossen. Die Therapiestunde wird nach Absprache in der Turnhalle in Michaels Schule stattfinden. Michael wird für die dritte Stunde jeweils am Donnerstag vom Unterricht befreit.

#### **7.2.4.2. Darstellung der ersten Stunde**

Michael erscheint pünktlich zum Stundenbeginn in der Umkleidekabine. Er zieht sich um, sagt jedoch kein Wort. Seine Anspannung ist deutlich. Er ist hektisch und unruhig. Ich stelle ihm Fragen zu seinem Unterricht und ob er eine Idee für unsere erste Sportstunde hat? Er zuckt die Achseln.

Im Kreisgespräch erzählt er, dass er in der letzten Woche Fußball gespielt hat. Er würde gern noch einmal Fußball spielen. Dabei blickt er auf den Boden. Er ist unsicher, rutscht auf dem Boden hin und her. Ich bin einverstanden und schlage anschließend Schaukeln und ein Memory-Spiel zum Abschluss der Stunde vor. Er ist einverstanden.

Während des Fußballspiels öffnet er sich, kämpft und will siegen. Im Spiel kommen wir uns näher. Erste Kontakte entstehen. Um jedes Tor wird hart gerungen. Schließlich gewinnt er mit einem Tor Vorsprung das Spiel. Er springt umher, schreit, er habe noch nie ein Fußballspiel gewonnen. Ich bestärke ihn in seiner Technik und Ausdauer. Michael sieht mich an und strahlt.

Wir konstruieren eine Mattenschaukel an den Ringen. Michael ist unsicher. Er will eigentlich nicht auf die Schaukel. Gleichzeitig ist er fasziniert, rennt um die Schaukel herum und schleudert sie durch die Luft. Ich setze mich in die Schaukel und erkläre ihm eine Regel, die besagt, dass wenn der Schaukler „Stopp“ ruft, sofort gestoppt werden muss. Michael fragt, ob diese Regel auch gilt, wenn er schaukelt? Er ist erleichtert, als ich die Frage bejahe. Er schaukelt mich wild mit viel Kraft. Ich erinnere ihn an unsere Regel und sage ihm, dass ich unsicher werde, wenn er so wild schaukelt. Er wird ruhiger und sagt, dass es bei ihm genau so sei. Nach dem Wechsel steigt er vorsichtig auf die Schaukel, wiederholt die Regel und erklärt mehrfach, dass er nur sehr wenig schaukeln möchte. Ich schaukele ihn an. Er klammert sich an den Seilen fest. Ich frage ihn, ob er höher geschaukelt werden möchte. Er bejaht, indem er deutlich macht, dass er nur sehr wenig höher schaukeln möchte. Sofort erprobt er die Stopp-Regel. Er erfährt, dass die Regel stabil ist und er sich auf sie verlassen kann. Nun wiederholt er die Schaukelhöhe. Er ist ruhiger geworden, konzentriert sich auf die Schaukelbewegung und ist nicht mehr so verkrampft am Seil. Nach zehn Minuten bricht er ab. Er will jetzt Memory spielen.

Das Memory hat einen hohen Aufforderungscharakter, da Dinosaurier abgebildet sind. Er spielt hektisch, übersieht manchmal offen liegende Karten. Ich führe eine neue Regel ein, nachdem er weiß, dass ein Kartenpaar offen liegt, und ich bei „drei“ dieses übernehmen werde. Er ist hektisch, sucht, wird wütend, weil er ein Paar nicht findet. Michael spricht davon, dass ich mogele. Er droht zwei Mal das Spiel abubrechen. Mit großer Unterstützung gewinnt er knapp.

Die Stunde ist zu Ende. Wir setzen uns kurz zusammen und reflektieren die Stunde. Das Schaukeln hat ihm Spaß gemacht. Vielleicht können wir in der nächsten Stunde dies wieder holen. Memory war blöd. Zumal ich einmal gemogelt hätte. Eigentlich hätte er ja trotzdem gewonnen. Wenn auch nur knapp. Michael zieht sich um, dreht sich im Gehen noch einmal um und sagt: „Bis nächste Woche. Du kommst doch, oder?“ Dabei sieht er mich an.

## Reflexion

In der ersten Stunde konnte seine Unsicherheit gut beobachtet werden. Eine Unsicherheit gegenüber neuen Situationen und erwarteten Leistungen können vermutet werden. Einen Zusammenhang mit einem schwachen Selbstbewusstsein, das die Mutter beschrieben hat, scheint möglich zu sein. Die beschriebenen Probleme beim Memory-Spiel deuten in die gleiche Richtung. Massive Höhenängste und Angst vor instabilen Untergründen könnte das Verhalten auf der Schaukel belegen. Michael war bereit, sich auf Regeln einzulassen und sich an sie zu halten. Inwieweit er sich in der Schulsituation an Regeln halten kann sollte überprüft werden. Die Mutter deutete Probleme diesbezüglich im Elternhaus an. Insgesamt ist es gelungen, zu ihm einen Kontakt aufzubauen. Im Verlauf der Stunde konnte Michael sich zunehmend öffnen.

### 7.2.4.3. Zwischenbericht nach dem ersten Monat

In den vergangenen vier Stunden wurde wiederholt die Schaukel eingesetzt. In der Zwischenzeit traut sich Michael sich etwas höher zu schaukeln. Er hat die Schaukel auch als Entspannungsmedium entdeckt: er beginnt sich beim Ausschaukeln für eine kurze Zeit zu entspannen. Weiterhin wurde eine schiefe Ebene aufgebaut. Es war ihm nicht möglich diese hinaufzuklettern. Bei dem Aufbau eines Kletterparcours kletterte Michael nicht über einen Meter. Balancesituationen wie den Schwebebalken am Boden mied er. Bei Konkurrenzspielen wie Fußball und Brettspiele wurde er immer wieder wütend, versuchte neue Regeln zu erfinden oder brach das Spiel ab, wenn er zu verlieren drohte. Es hat sich gezeigt, dass er zu Beginn der Förderstunde eine Phase braucht, in der er sich austoben kann. Dies gelang durch Fußball, Hallenhockey und Fangspiele, da er diese bevorzugte

Der Kontakt zwischen Therapeut und Kind ist gut. Michael kommt gerne in die Förderstunde. Zunehmend baut er Vertrauen auf. Jedoch überprüft er immer wieder die Struktur der Stunde, bestehende Regeln und Angebote, indem er Gegenvorschläge macht, oder Angebote ablehnt. Zur Zeit ist es relativ schwierig zu erkennen, ob er bestimmte Angebote ablehnt, weil er die Reize meidet, da er glaubt, erwartete Leistungen erbringen zu müssen oder aus oppositionellem Verhalten. Diese Problematik muss weiter beobachtet werden.

Trotz Ritalingabe zeigt er insbesondere bei Leistungserwartungen eine starke Unruhe und Erregtheit. Es ist ihm noch nicht deutlich, dass Leistungserbringen in diesen Stunden nicht erwartet wird, sondern die Freude am Tun im Vordergrund steht.

Das Thema in den weiteren Stunden wird das Entdecken von Vorlieben und Stärken sein. Weiterhin werden Schaukelvarianten in die Angebote einfließen, da er diesen Stimulus sucht und gleichzeitig beginnt sich zu entspannen. Im Bereich Gleichgewicht und Höhe werden entsprechende Konstruktionen gemeinsam entwickelt.

Als bald sollte ein Lehrergespräch geführt werden, um die schulische Situation abzuklären. Weiterhin sollte in einem ersten Elterngespräch die Situation der Mutter thematisiert werden und von positiven Eigenschaften und Fähigkeiten Michaels aus den Stunden berichtet werden. Gleichzeitig sollten erste positive Eigenschaften und Fähigkeiten des Kindes gemeinsam mit der Mutter entdeckt werden. Schließlich soll Kontakt zum Vater aufgebaut werden.

#### **7.2.4.4. Zwischenbericht nach drei Monaten**

##### **7.2.4.4.1. Darstellung der Förderstunden**

Die Entscheidung in der ersten Phase der Stunde, Michael die Möglichkeit zu geben, sich auszutoben, hat sich als richtig erwiesen. Diese Zeit nutzt er als Ventil, um seinem Stress und seinem Bewegungsdrang unzensuriert nachgehen zu können. Oft geht er bis an den Rand der Erschöpfung. Vorwiegend Laufspiele, wie Hallenhockey, Fußball, Basketball u. ä. bevorzugte er. Insbesondere Fußball wünschte er sich immer wieder. Hier erfuhr er, wie er zunehmend in seiner Ausdauer und Technik besser wurde. Öfters gewann er knapp um einen oder zwei Punkte. Häufig kämpfte er verbissen, klagte Fouls und angebliche Regelverstöße ein. Wenn er ein Spiel verlor, wurde er massiv wütend und schwor, nie wieder zu spielen.

Im anschließenden Sitzkreis konnte er jetzt etwas länger ruhig bleiben, wenn es um die Stundenplanung ging. Jedoch konnte er kaum etwas von sich aus der letzten Woche erzählen. Er klagte öfters ein, dass dies Zeitverschwendung sei. Er wollte lieber spielen. Wir haben begonnen, nach einer Spielidee die Umsetzung zu planen. Dieses indirekte „Stoppschild“, nicht sofort loszurennen, sondern über das Handeln zu reflektieren, bereitete ihm große Schwierigkeiten. Er nennt jetzt einige wenige Materialien, die wir zum Beispiel zum Bau eines Raumschiffes (Schaukel) oder eines Rennwagens (Rollbretter, Matte) brauchen, und rennt dann los. Während der Bauphasen war er meistens konzentriert, wenn er motiviert war. In weniger motivierten Spielphasen brach er frühzeitig ab, mit der Begründung: „Dazu habe ich jetzt keinen Bock mehr.“ Er stand dann in der Halle und wartete auf ein neues Angebot. Nachdem ich ihm mehrfach sagte, ich hätte auch keine Idee, schlug er schließlich eine neue Spielidee vor. Dies gelang ihm zunehmend besser. Weiterhin haben wir Tischspiele ausprobiert, die ihm Spaß machen. Diese Spiele fördern die Konzentration und mildern die Impulsivität und Unruhe, da er immer wieder seine einzelnen Spielschritte planen muss.

Im Prozess der sensorischen Integration suchte er immer wieder rotierende Möglichkeiten. So hangelte er gern an den Seilen und Ringen. Im Schaukeln wird er zunehmend mutiger. Auf wackeligen Untergründe und Balken, die in Bewegungsbaustellen eingebaut wurden, bewegt er sich jetzt krabbelnd. Im Bereich der Höhe springt er jetzt von der zweiten Stufe der Sprossenleiter auf den Weichboden. Hierauf ist er sehr stolz. Auf der schiefen Ebene krabbelt er etwa bis zur Mitte. Hier experimentiert er.

Nach der Tobephase und zum Abschluss der Stunde sucht er sich zunehmend Gelegenheiten zum Entspannen. Varianten der Traumreisen, wobei er liegt, Musik hört und ich ihm eine Geschichte erzähle, gelingen noch nicht. In diesen Situationen springt er wieder auf oder beginnt zu erzählen. Tief entspannen kann er auf der Schaukel (Schaukelbewegungen) insbesondere auf der Mattenschaukel, die warm und weich ist. In dieser Phase habe ich die Entspannungsgeschichten auf der Schaukel eingeführt, sodass eine spätere Übertragung auf die Matte erleichtert wird.

#### **7.2.4.4.2. Erstes Lehrergespräch**

Die Lehrerin berichtet, dass sie das größte Problem in der Medikamentengabe sieht. Das Ritalin wird nur morgens gegeben. Dies führt dazu, dass Michael etwa ab der vierten Stunde zunehmend unruhig und unkonzentriert wird. Er hat dann mehr Probleme, dem Unterricht zu folgen. Das Notieren der Hausaufgabe ist häufig problematisch. Ein weiteres Problem bei der Medikamentierung ist, dass das Mittel am Wochenende und in den Ferien abgesetzt wird. Dies führt bei Michael dazu, dass er montags bzw. in der ersten Schulwoche nach den Ferien große Eingewöhnungsprobleme zeigt. Da er sich sehr leicht von den Mitschülern angegriffen fühlt und keine Körperberührungen erträgt, kommt es in diesen Phasen besonders häufig zu massiven Auseinandersetzungen. Michael ist eigentlich integriert. Sein Verhalten führt aber zu einer zunehmenden sozialen Isolierung, da die Mitschüler ein derartig aggressives Verhalten ablehnen.

In abgeschwächter Form ist diese Problematik im sozialen Bereich sein Grundproblem. Er fühlt sich oft abgelehnt oder angegriffen, obwohl dies von den Mitschüler oder der Lehrerin oft nicht so gemeint waren. Dies ist möglicherweise auch der Grund, weshalb er noch keinen festen Freund in der Klasse gefunden hat. Ein Problem ist wohl auch, dass er nicht Fußball spielt. Dies ist um so problematischer, da die meisten Jungen in der Pause in zwei Mannschaften spielen.

Insbesondere in den Stillarbeitsphasen steht er auf, läuft in der Klasse umher, kippelt mit dem Stuhl und spielt mit seinen Bleistiften. Diese Unruhe überträgt sich zum Teil auf die Tischnachbarn. Hinzu kommt, dass er Probleme hat, die bestehenden Regeln einzuhalten und durch seine Impulsivität einerseits gute Ideen in den Unterricht einbringt, andererseits durch seine spontanen Ideen, die er auch schnell formulieren will, eine Quelle ständiger Unruhe in der Klasse darstellt. Michael zeigt auch häufig Phasen, in denen er dem Unterricht nicht mehr folgt, sondern träumend aus dem Fenster sieht. Seine Hausaufgaben sind zum Teil unvollständig. Seine Arbeitsmaterialien und sein Tornister sind laut Lehrerin in einem chaotischen Zustand. Obwohl er eigentlich in der Klasse integriert ist, fühlt er sich häufig den Mitschülern gegenüber minderwertig und ausgenutzt.

Trotz der Konzentrationsprobleme in der Mittagszeit sind seine Leistungen durchschnittlich bis gut. Insbesondere in Mathematik zeigt er gute Ergebnisse. Im Schreiben hat er Probleme, da er nicht in den Linien bleiben kann. Er drückt mit dem Stift stark auf und macht durch seine Fahrigkeit und Hektik häufig Flüchtigkeitsfehler. Wenn er diese Fehler erkennt, wird er wütend und streicht manchmal seinen Text durch. Insgesamt definiert er sich über seine Leistungen. Die Lehrerin vermutet, dass er ein schwaches Selbstbewusstsein hat.

Wir haben Interventionsmöglichkeiten bei den Problemen der Impulsivität im Unterricht (Herausplatzen von Antworten ohne sich zu melden, störendes Verhalten) besprochen. Die Lehrerin will einzelne Möglichkeiten erproben.

Die Mutter ist sehr bemüht. Häufig fragt sie nach, wie Michael sich entwickelt und welche Hilfen sie ihrem Sohn geben könnte. Auch die Lehrerin hat bisher den Vater nicht kennen gelernt.



#### **7.2.4.4.3. Erstes Elterngespräch**

Dem Wunsch an den Vater, am Elterngespräch teil zu nehmen, lehnte er aus zeitliche Gründen ab. Frau N. unterstrich noch einmal, dass sie sich in der Kindererziehung und im organisatorischen Bereich von ihrem Mann alleingelassen fühlt. Insgesamt ist sie mit ihrer Situation als Hausfrau und Mutter unzufrieden. Früher, als die Kinder noch nicht geboren waren und sie berufstätig war, sei sie glücklicher gewesen. Wenn Michael jetzt noch in der Schule versagen würde, bräche alles zusammen. Belastend ist für sie weiterhin, dass sie Michael alles hinterher tragen müsse. Er sei eben so unselbstständig und träge in der Erledigung seiner Aufgaben wie sein Vater. Deshalb komme es immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen den Kindern und zwischen ihr und Michael. Zudem chaotisiere er die Familie durch seine ständige Unruhe insbesondere am Tisch bei den Mahlzeiten. Sie sei oft froh, wenn er in seinem Zimmer oder draußen ist. Andererseits wolle sie für ihn nur das beste. Darum hätte sie einen regelmäßigen Kontakt zur Schule und helfe ihm im

Alltag, z. B. beim An- und Ausziehen oder bei den Schulaufgaben. Gerade für diese Tätigkeiten brauche er eine lange Zeit. Häufig müsse sie ihm sagen, was er zu tun hat. Oft müsse sie ihn an die Einhaltung der Familienregeln erinnern. Sie hätte sich schon mehrfach gefragt, warum ihr Sohn nicht so geworden ist, wie ihre Tochter. Mit ihr gäbe es keine Probleme. Im Gegenteil. Sie helfe sogar manchmal in der Küche.

Auf die Frage, welche Vorlieben und Stärken ihr Sohn habe, wusste sie keine Antwort. Zu der Frage, welche Beziehung der Vater zu seinem Sohn habe, sagte sie, dass ihr Mann häufig beruflich im Ausland sei. Insgesamt zeige ihr Mann wenig Interesse für die Familie. Andererseits müsse jemand auch das Geld verdienen. Aber ihr Mann übertreibe. Nein, eigentlich würde ihr Mann sich nicht für Michael interessieren.

#### **7.2.4.4.4. Versuch einer Gesamtanalyse**

##### Familiäre Situation.

Michael ist weitgehend in seiner Familie isoliert. Der Vater zeigt nach Aussage der Mutter kein Interesse an ihm. Die Mutter fühlt sich von ihrem Mann emotional und in Bezug auf die Verantwortung der Familie vernachlässigt. Sie fühlt sich überlastet und in ihrer Rolle als Mutter und Hausfrau zu wenig geschätzt. In einer beruflichen Tätigkeit könnte sie ihre Fähigkeiten zeigen und Anerkennung für ihre Leistungen erhalten. Michael ist oft ein störender Faktor, der viel Aufmerksamkeit und Energie kostet. Andererseits hat sie als Mutter ein schlechtes Gewissen. Aus diesem Grund ist sie ständig um ihn bemüht. Dieses Verhalten führt bei Michael dazu, dass er sich häufig bevormundet und kritisiert fühlt. Andererseits ist dies eine Möglichkeit, Aufmerksamkeit von der Mutter in der Konkurrenz zur Schwester zu bekommen.

### Schulische Situation

In der Schule zeigt Michael durchschnittliche Leistungen, wie aus dem Bericht der Lehrerin zu entnehmen ist. Seine Leistungen in Mathematik sind sogar gut. Seine Probleme im Schreiben führt die Lehrerin auf den hohen Tonus zurück, begründet durch inneren Stress, Fahrigkeit und Konzentrationsprobleme insbesondere, wenn die Wirkung des Medikaments nachlässt.

Die Grundprobleme sieht die Lehrerin in der Medikamentierung und der hohen Leistungserwartung des Jungen an sich selbst. Die Leistungserwartungen sind sicherlich mit dem Verhalten der Mutter verknüpft. Insbesondere seine Reaktionen auf vermeintliche Angriffe und körperliche Berührungen führen in der Klasse zunehmend zu sozialen Problemen.

### Fazit

Insgesamt betrachtet kann Michael im Wesentlichen keine eigenen Entscheidungen treffen. Sowohl im Elternhaus als auch in der Schule fühlt er sich abgelehnt und minderwertig. Wie er sich auch verhält, er kann seine Situation nicht selbstbestimmt verändern. Somit lebt er mit seinem schwachen Selbstwert in einer „erlernten Hilflosigkeit.“ (Seligmann)(vgl. Kap. IV.4.).

Zu seiner diagnostizierten ADHS-Problematik kann festgestellt werden, dass sie nach Aussage der Mutter zum ersten mal aufgetreten ist, als sie mit ihrer Tochter schwanger war. Michael wurde unruhig, unzufrieden und hilfebedürftig. Die Tochter entwickelte sich als ein zufriedenes lächelndes Kind. Anerkennung konnte Michael nur über kognitive Leistung bei der Mutter bekommen. Dies hat die Mutter ihm direkt und indirekt vermittelt. Gute kognitive Leistungen zu erbringen ist nicht einfach, wenn er unter innerlichem Stress und Unruhe leidet. Wut und Verzweiflung ist daher eine Reaktionsmöglichkeit, Unsicherheit und Vermeidung eine weitere. Dass Michael sich in diesem Zusammenhang häufig angegriffen fühlt, ist nicht verwunderlich. Seine Reaktionen auf diese Interpretationen führen zu einer zunehmenden sozialen Isolierung, das Gegenteil also von dem, was er sucht: Anerkennung, Zuneigung und Annahme. Somit befindet sich Michael in einer Negativspirale, welche die ADHS-Symptomatik zunehmend verstärkt und weitere Sekundärprobleme provoziert. Eine Katastrophe in seiner Weiterentwicklung ist vorprogrammiert

### Abgeleitete therapeutische Ziele

#### 1. Medikamentierung

Auf Grund der dargestellten Probleme sollte das Medikament am Wochenende durchgegeben, zum Ferienende sollte der Beginn der Gabe in der letzten Ferienwoche begonnen werden und eine zweite tägliche Gabe am späten Vormittag sollte mit der Mutter und dem behandelnden Arzt besprochen werden.

#### 2. Schulischer Bereich

Neben der dargestellten Intervention in V.2.3. sollte die Lehrerin seine Situation verstehen und ihn positiv annehmen. Weiterhin sollten insbesondere bei Flüchtigkeitsfehlern der richtige Ansatz und Leistungen verstärkt werden. Insgesamt sollte Michael in der Schule das Gefühl vermittelt werden, dass er durch die Lehrerin und seine Klasse angenommen wird und dass das Gesamtverständnis einer Problematik wichtiger ist als Flüchtigkeitsfehler im Detail.

### 3. Familiärer Bereich

Die eigentliche Ursache der Problematik könnte in der Beziehung der Mutter zu Michael begründet liegen. Ein wesentlicher Schritt könnte darin liegen, dass Frau N. sich professionelle Hilfe bei der Bearbeitung ihrer Ängste und ihrer Eheprobleme holt. Während dieser Sitzungen sollte auch die Beziehung des Vaters zu seinem Sohn ein wichtiges Thema sein. Ein weiterer Schritt könnte darin liegen, dass die Möglichkeit einer Teilzeitstelle diskutiert werden sollte. Schließlich sollte sie Michaels Stärken und Fähigkeiten besser einschätzen können. Dabei sollten alle Familienmitglieder erkennen, dass sowohl Michael als auch seine Schwester unterschiedliche, aber gleichwertige Fähigkeiten und Stärken besitzen. Diese Fähigkeiten und Stärken Michaels sollten gemeinsam mit der Mutter entdeckt werden. Auf diesem Weg sollte sie lernen, Michael in seinen Möglichkeiten mehr zu vertrauen, um somit Aufgabenbereiche und Selbstverantwortung zunehmend an Michael abgeben zu können. Insgesamt sollte sie Michaels Situation verstehen und ihn auf diesem Weg zunehmend emotional annehmen.

#### **7.2.4.5. Zwischenbericht nach sechs Monaten**

##### **7.2.4.5.1. Darstellung der Förderstunde**

Die Arbeit gemeinsam mit Michael begann sich zu entwickeln. Im Sitzkreis, der regelmäßig stattfand, gelang es ihm zunehmend besser einige Minuten sitzen zu bleiben. Dann jedoch sprang er wieder auf und rannte umher. Er zeigte dieses Verhalten insbesondere, wenn er gestresst in die Stunde kam. Seit den Weihnachtsferien erzählte er im Kreis manchmal von Erlebnissen aus der Woche. So berichtete er nun manchmal von Auseinandersetzungen mit Mitschülern und seiner Lehrerin. Somit waren erste Konfliktgespräche möglich.

Ab dem vierten Monat begann er, wenn er im Kreis sitzen bleiben konnte, Spielideen gemeinsam mit mir zu entwickeln. Hier zeigte er erste Planungsansätze, die in der Praxis jedoch häufiger wieder verworfen wurden. Entscheidend für seine Fortschritte in diesem Bereich ist die Bereitschaft zur Handlungsplanung. Zunehmend überprüfen wir zum Ende der Bauphase, ob die Planung umgesetzt wurde und begründen Änderungen. Michael ist jetzt eher bereit zur Reflexion, jedoch will er häufig ungeduldig weiter spielen. Somit gelingt es ihm, eine Distanz zur unkontrollierten Aktion (Impulsivität / Unruhe / Konzentration) zu schaffen, vor auszuplanen und die Durchführung zu reflektieren. Weiterhin werden immer wieder Tischspiele als Konzentrationsübungen in die Stunden eingestreut. Er hat einige Lieblingsspiele gefunden, die er jetzt konzentriert (Motivation) spielt.

Seine Ausdauer und technischen Fähigkeiten in Ballspielen, insbesondere im Fußball haben zugenommen. Michael berichtet, dass er nun manchmal in den Pausen beim Fußballspiel mitspielen darf.

Beim Schaukeln fühlt sich Michael jetzt sicher. Schaukelte er anfangs sehr vorsichtig, so will er jetzt möglichst hoch und in verschiedenen Varianten schaukeln. So sucht er jetzt kaum noch die Reize aus der Rotation, sondern zieht die Pendelbewegung vor. Deutlich wird hierdurch, dass seine Fähigkeit, seinen Körper besser wahrzunehmen, gestiegen ist. Hinzu kommt bei der Pendelbewegung die Hinführung zur Zentrierung der Körperwahrnehmung.

Im Bereich der Höhenängste experimentiert er viel. Auf der Sprossenleiter springt er von der dritten Stufe. Auf der schiefen Ebene krabbelt er mittlerweile bis zur Spitze hinauf.

Seine Bereitschaft zu Traumreisen haben zugenommen. Er bleibt länger liegen, kann länger die Augen geschlossen halten und sich entspannen.

Im Konkurrenzspiel bricht er kaum noch das Spiel ab. Wenn er ein Spiel verliert, kann er dies oft schon besser akzeptieren.

Insgesamt ist Michael in den Stunden entspannter, fröhlicher, selbstsicherer und bringt eigene Spielideen mit ein. Jetzt ist er in der Lage in einer Kleingruppe sozial weiter zu experimentieren. Ich habe mit Michael besprochen, dass wir einen weiteren Jungen in die Gruppe aufnehmen wollen. Michael hat der Idee zugestimmt.

#### **7.2.4.5.2. Zweites Elterngespräch**

Wir haben noch einmal Michaels schulische Probleme und den Zusammenhang mit der Medikamentengabe diskutiert. Auch die Lehrerin hat dieses Problem mit der Mutter besprochen. Frau N. möchte in Absprache mit dem Arzt Michael eine möglichst niedrige Dosierung geben. Sie hat jedoch das Problem verstanden und wird mit den Kinderarzt ein Gespräch führen.

Ein weiterer wichtiger Punkt waren die Stärken und Vorlieben Michaels. An Hand von Videoaufzeichnungen konnte sie Sequenzen aus den Stunden sehen. Frau N. war überrascht, wie viel Fantasie und Freude ihr Sohn im Spiel entwickeln konnte. Es wurde deutlich, welche Ideen er entwickelte und wie er diese Ideen umsetzen konnte. Dabei zeigte er motorisches Geschick, Empathie und Fantasie.

Weiterhin habe ich ihr dargestellt, dass Michael wenig Probleme beim Aus- und Anziehen seiner Kleidung hat. Auch das Schuhe binden gelingt besser. Frau N. will versuchen, mit ihm das Schleife binden zu üben. Sie war überrascht, dass Michael begonnen hat die Uhr zu lesen. Auf seinen Wunsch haben wir in den Stunden mit einer Lernuhr geübt. Frau N. ist einverstanden Michael einen Wecker zu geben, sodass er am Morgen beim Anziehen erkennen kann, wie viel Zeit ihm bis zum Frühstück bleibt. Auch die Hausaufgaben werden jetzt in Absprache mit der Lehrerin auf 30 Minuten begrenzt. In diesen Bereichen will Frau N. sich zurücknehmen, sodass Michael mehr Entscheidungsfreiraum erhält und es weniger Möglichkeiten zur Auseinandersetzung gibt.

Weiterhin wurde ihr deutlich, in welcher Problemlage sich ihr Sohn befindet. Sie ist bereit ihn zu loben, wenn er etwas selbstständig gemacht hat. So versucht sie auch die positiven Seiten in ihrem Sohn zu sehen und zu verstärken. Bisher hat sie nur negative Verhaltensweisen versucht zu sanktionieren. Hinsichtlich des Körperkontaktes beschreibt sie, dass sowohl sie als auch Michael Probleme haben dies zuzulassen. Gegenseitige Massagen mit einem Tennisball findet sie albern.

Die Problematik mit ihrem Mann ist unverändert. Wir haben sensibel die Möglichkeiten einer Erziehungsberatungsstelle hinsichtlich ihrer Ängste und der Eheproblematik diskutiert. Ich habe ihr deutlich gemacht, dass sie ein Recht auf Hilfe hat, wenn sie Hilfe verlangt. Sie will sich diese Möglichkeit überlegen und mit ihrem Mann besprechen.

#### **7.2.4.5.3. Zweites Lehrergespräch**

Die Lehrerin beschreibt, dass sein Verhalten sich verändert hat. Da Michael begonnen hat, in den Pausen mit den Jungen Fußball zu spielen, ist er besser integriert.

Auch in den Lernphasen kann er sich länger konzentrieren. Dies hängt jedoch von seiner „Tagesform“ ab. Trotzdem ist eine erweiterte Medikamentierung ihrer Meinung nach notwendig, da das Lernverhalten und die Fähigkeit zur Konzentration am frühen und späten Vormittag auseinanderfallen. Er hat im zweiten Teil große Probleme dem Unterricht zu folgen. Die Anpassungsprobleme am Montag sind schwächer geworden, jedoch weiter problematisch.

Michael sitzt jetzt an einem Gruppentisch im vorderen Teil der Klasse. So hat er weniger die Möglichkeit sich abzulenken. Michael nimmt dankbar Botengänge an, welche die Lehrerin ihm anbietet. Sie ist dazu übergegangen, wenn einige Kinder unruhig werden, diese einmal um den Schulhof laufen zu lassen. Hiermit hat sie gute Erfolge erzielt.

Deutlich zurückgegangen sind die Probleme mit Michaels Tonus. Er drückt jetzt nicht mehr stark auf. Insgesamt scheint er etwas entspannter. Hinsichtlich der Flüchtigkeitsfehler liest er jetzt bereitwillig und konzentrierter Korrektur.

Seine Leistungen im Schreiben und Lesen sind gestiegen. Dies ist auf eine gesteigerte Konzentrationsfähigkeit zurückzuführen. Trotzdem macht er weiterhin viele Fehler auf Grund seiner Fahrigkeit.

Das Chaos in seinen Unterlagen und in seinem Schultornister ist geblieben. Auffällig ist, dass er aufmerksamer die Hausaufgaben abschreibt. So sind seine Hausaufgaben jetzt auch vollständiger. Mit der Mutter ist eine begrenzte Zeit für Hausaufgaben, die er selbstständig anfertigen soll, besprochen worden.

#### **7.2.4.6. Abschlußbericht nach 12 Monaten.**

##### **7.2.4.6.1. Darstellung der Förderstunden**

Michael bekommt seit dem Halbjahresgespräch ein neues Medikament. Dieses Medikament wirkt bis etwa 13 Uhr. Somit steht er während der Schulzeit unter der Wirkung des Medikamentes. Um mit Michael weiter an den Auswirkungen des ADHS-Problems arbeiten zu können, habe ich die Therapiestunde in den Nachmittagsbereich verlegt.

Mit der Aufnahme des zweiten Jungen in die Gruppe kam es anfangs phasenweise zu massiven Auseinandersetzungen zwischen den beiden Jungen. Michael wies darauf hin, dass er schon länger in der Gruppe sei. Von daher besitze er Vorrechte. Er achtete genau auf die Einhaltung bestehender Regeln. Nach anfänglichen Hierarchieauseinandersetzungen bildeten sie bei Konkurrenz- und Rollenspielen eine Koalition gegen mich.

Im Sitzkreis konnte er zunehmend besser sitzen bleiben. Heute ist noch eine leichte Unruhe im Kreis zu beobachten. Dieses Verhalten zeigt er, wenn er auf den Spielbeginn eine längere Zeit gewartet hat oder das Gespräch im Kreis für ihn nicht interessant ist. Michael hatte zu Beginn keine Probleme eigene Ideen in die Gruppe einzubringen. Jedoch brauchte er eine längere Zeit, um zu lernen, eigene Ideen im Interesse der Gruppe zurückzunehmen. Dies gelingt heute häufig gut. Die Planung der Umsetzung einer Spielidee und die Reflektion gelingen heute gut. Zeitweise finden beide Jungen dieses Vorgehen lästig, wenn sie eine klare Vorstellung von ihrem Tun haben. Michael erzählt heute immer noch nicht gern von Vorkommnissen aus der letzten Woche, es sei denn, sie waren für ihn wichtig. Häufiger hat er seit dem Halbjahr von Auseinandersetzungen in der Schule erzählt. Mehrfach hatten sich Konfliktgespräche angeschlossen. Seine Auseinandersetzungen sind deutlich zurückgegangen. Dies liegt einmal an dem gesteigerten Selbstbewusstsein, andererseits vermutlich an der Wirkung des Medikamentes.

In den Hauptphasen der Stunden will er seit einigen Wochen nicht mehr schaukeln. Diese Reize braucht er offensichtlich nicht mehr. Seine Höhenängste sind nur noch in extremer Höhe beobachtbar. Heute klettert er an der Sprossenleiter ohne Probleme bis auf eine Höhe von 2,5 Metern. Auch die Probleme im Gleichgewicht sind nicht mehr zu beobachten. Er baut gerne Kletterberge, Höhlen, welche die beiden mit Taschenlampen erkunden, und macht gerne Rollenspiele. Zunehmend wichtiger werden Spiele, in denen die Jungen sich gegenseitig messen können. In diesen Konkurrenzspielen kann er heute problemlos verlieren. Wenn jedoch Regeln gravierend verletzt wurden, besteht er auf Punktabzug.

Traumreisen, die er zwischenzeitlich sehr intensiv gemacht hat, lehnt er heute ebenso ab wie die Spiele zur Konzentration. Er bezeichnet diese Spiele als Kinderspiele.

Michael kann heute die Uhr lesen, sich die Schuhe binden und Knöpfen (Feinmotorik), Federball und Tischtennis spielen (Raumlage, Auge-Hand-Koordination). Beim Umziehen ist er jedoch häufig langsam, da er viel erzählt.

In den Stunden ist er oft sehr motiviert. Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsprobleme zeigt er in den Stunden nicht mehr. Jedoch ist er sehr agil in seinem Handeln. Heute kann er sich besser steuern, indem er aus einer Aktivität sich zum Beispiel für eine kurze Zeit konzentriert durch einen Tunnel bewegen kann.

Insgesamt kennt Michael heute motorisch seine Stärken aber auch seine Grenzen.

#### **7.2.4.6.2. Drittes und viertes Elterngespräch**

Es ist in diesem Jahr der Förderung nicht gelungen Kontakt zum Vater herzustellen. Frau N. hat vor vier Monaten eine Gesprächstherapie begonnen. Sie sagt, dass sie heute ihren Sohn besser versteht. Sie hat ihren Mann bisher vergeblich zu zwei Therapiegesprächen eingeladen. Michael kann sie realistischer einschätzen. Sie kann Stärken und Schwächen beschreiben. Auch sieht sie sein Bemühen und seine Fortschritte im Miteinander leben. Sie kann ihn heute bestärken und loben. Gleichzeitig sieht sie auch ihre Ungeduld und ihre Anteile an den Auseinandersetzungen. Durch ihre Erkenntnisse in ihrer Therapie kann sie jetzt an Michael Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit abgeben. Berührungen sind zwischen beiden möglich geworden. Michael lässt jetzt vorsichtig Körperberührungen zu. Jedoch können beide sich noch nicht in den Arm nehmen. Weiterhin sieht Michaels Zimmer und sein Tornister chaotisch aus. Frau N. kann dies heute akzeptieren.

Nach längerem Bemühen konnte Frau N. auf ihrer alten Arbeitsstelle eine Halbtagsarbeit aufnehmen. Sie arbeitet am Vormittag, sodass es kaum organisatorische Probleme gibt. Darüber ist Frau N. sehr glücklich.

Seit einem halben Jahr ist sie einer Selbsthilfegruppen für ADHS-Eltern beigetreten. In der Zwischenzeit hat sie dort den Vorsitz übernommen.

Im Vergleich ihrer beiden Kinder sagt sie heute, dass beide ihre Stärken und Schwächen haben. Dies müsse auch so sein, da beide von ihrer Persönlichkeit verschieden sind. Manchmal macht die Mutter mit ihren Kindern einen gemeinsamen Ausflug und gemeinsame Tischspiele am Abend. Dies gelingt nach Aussage der Mutter ganz gut, da es kaum noch Auseinandersetzungen zwischen den Kindern gibt.

Michael hat in der häuslichen Umgebung Freunde gefunden, mit denen er jetzt oft spielt. Gemeinsam sind sie in einem Fußballverein, in den Michael vor zwei Monaten beigetreten ist.

Zur Zeit diskutiert die Mutter mit dem Kinderarzt, ob die Ritalingaben reduziert werden können. Zur Problematik des ADHS sagt die Mutter, dass Michaels Verhalten sich deutlich verbessert hat. Das Schreiben der Hausaufgaben gelingt besser, da er eine klare Zeitvorgabe bekommen hat. Die Hausaufgaben werden täglich zur gleichen Zeit gemacht. Für das Anziehen am Morgen kennt Michael heute ebenfalls seine Zeit. Oft trödelte er herum. Jedoch ist er fast immer zur angegebenen Zeit fertig. Im Alltag ist Michael kaum unruhig. Häufig ist er mit seinen Freunden draußen. Wenn es regnet und sich Michael wenig bewegt hat, und auch in Zeiten, in denen die Mutter mit ihm eine Auseinandersetzung hat, wird seine Unruhe laut Aussage der Mutter stärker.

#### **7.2.4.6.3. Drittes und viertes Lehrergespräch**

Durch das neue Ritalin gibt es seither keinen Verhaltens- und Leistungseinbruch im Vormittag mehr.

Michael ist in der Schule heute ein unauffälliges Kind. Sein Selbstbewusstsein ist deutlich gestiegen. Seine Flüchtigkeitsfehler sind zurückgegangen. Es gelingt ihm gut seine Texte noch einmal Korrektur zu lesen. Über Flüchtigkeitsfehler ärgert er sich nur noch im angemessenen Rahmen. Im Sachunterricht ist er heute interessiert und rege beteiligt. Im Sport ist er selbstsicher. Er ist mit viel Energie und Ehrgeiz beim Spiel. Das Mannschaftsspiel gelingt jetzt gut. Insgesamt ist er ein beliebter Schüler und im Klassenverband integriert.

#### **7.2.5. Reflexion**

An diesem Fall wird deutlich, inwieweit die Intensität der ADHS-Problematik mit den psychischen Bedingungen des Kindes verknüpft ist. Hier ist es die Mutter, die mit ihren Ängsten und Unsicherheiten ihre Kinder verunsichert. Michael fühlt sich gegenüber seiner Schwester von seiner Mutter zurückgesetzt und abgelehnt. Dies führt wiederum zwischen den Kindern zu einer Konkurrenzbeziehung hinsichtlich der Zuneigung der Mutter.

Eine genetische Disposition wird auf Grund der Berichte der Mutter durch den Vater vermutet.

Durch die Unruhe, Impulsivität und den Konzentrationsmangel, die durch die Verunsicherung Michaels verstärkt werden, werden die Ängste der Mutter bestätigt. Sie lässt den Jungen von mehreren Ärzten untersuchen, die ein Syndrom bestätigen. Jetzt hat die Mutter eine Legitimation, ihren Sohn mit vermeintlichen Hilfemaßnahmen zu überschütten. Dieses Verhalten, die gespürte Ablehnung der Mutter und die häufigen kritischen Äußerungen führen Michael in einen Negativprozess, aus dem er sich nicht mehr befreien kann. Die primäre Störung wird zu einem Katalysator, der das Selbstkonzept des Kindes zunehmend negativ beeinflusst. Dieser zunehmend negativen Beurteilung des Kindes kann er nichts mehr entgegensetzen. Er hat seine Hilflosigkeit erlernt. Die Theorie Seligmanns (vgl. Kap. IV.4.) geht davon aus, dass Menschen in ihrem Handeln hilflos werden, wenn sie erfahren haben, dass sie ihre Situation nicht mehr verändern können. In diesem Prozess wird er immer aggressiver. Das aggressive Verhalten bestätigt die Grundannahme. Ein Kreisprozess entsteht mit einer zunehmenden negativen Wirkung auf das Selbstkonzept des Kindes.

Das Wesen der Entwicklungsbegleitung liegt darin, eine Handlungsräume zu schaffen, in der er sich, außerhalb der Schule und des Elternhauses, angenommen und akzeptiert fühlt. In diesem geschützten Rahmen erfährt er seine eigenen Stärken und Fähigkeiten neu. Er experimentiert auf der motorischen und sozialen Ebene (psychomotorischer Ansatz)(vgl. Kap. V.2.2.). Hierbei erlebt er, dass er nicht mehr hilflos ist, sondern handeln kann. Durch neu erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten wird sein Selbstwertgefühl positiv beeinflusst. Er kann sein Selbstkonzept beeinflussen. In diesem Prozess ist die ADHS-Problematik



zweitrangig. Indem jedoch sein Selbstwertgefühl positiv beeinflusst wird, wird auch die Intensität der Primärauffälligkeiten beeinflusst (vgl. Kap. V. 2.4.). Durch zusätzliche Techniken, wie Konzentrationsübungen und das planerische Vorgehen einschließlich der anschließenden Umsetzungskontrolle, lernt er sein Handeln zu strukturieren. Durch diese Techniken können Selbstheilungskräfte (Zimmer)(vgl. Kap. V. 2.4.) freigesetzt werden.

Nun muss gewährleistet sein, dass die Übertragung auf die Alltagsebene stattfinden kann. Dies ist das Grundproblem defizit-orientierter Therapieansätze (vgl. Kap. III. 3.) Hierbei ist es notwendig, die Kommunikationsstörungen in der Familie und in der Schule aufzubrechen. In diesem Fall war es notwendig, einen Prozess bei der Mutter anzuregen, indem sie professionelle Hilfe für sich einfordert. Weiterhin war es notwendig, ihr Bild von ihrem Sohn und seine Situation auf eine realistische Ebene zu stellen. So konnte ihr Handeln im Umgang mit Michael positiv beeinflusst werden. In diesen Prozessen, sowohl in der Schule als auch im Elternhaus erfuhr er, dass er durch sein verändertes Handeln wieder positiven Einfluss auf die Reaktionen seiner Umwelt hatte. Er war wieder handlungsfähig.

Die Rolle des Vaters blieb bis zum Abschluss der Förderung problematisch. In der radikalen Kontaktverweigerung stößt hier der Therapeut an die Grenzen der Möglichkeiten in der Entwicklungsförderung.

Ein ähnlicher Prozess wurde in der Schule bewegt. Die Lehrerin wurde über die Problematik und seine Situation informiert. Michael reagierte aus ihrer Sicht somit nicht mehr in böswilliger Absicht, sondern benötigt veränderte Bedingungen. Diese veränderten Bedingungen wurden gemeinsam erarbeitet und umgesetzt. Hinzu kam die erprobte Technik des Fußball spielens, eine Integrationshilfe, die Michael in den Pausen, im Sport und in der Freizeit umsetzen konnte.

Somit sind die Lebensbedingungen des Kindes positiv verändert worden. Sowohl in der Schule, als auch im Elternhaus, fand ein Prozess statt. Michaels positiven Seiten, seine Stärken und Fähigkeiten, wurden erkannt. Das Bild von ihm wurde realistischer bei seiner Mutter, seiner Schwester, Mitschülern und Lehrerin. Somit waren die Kommunikationsstörungen in Schule und Elternhaus aufgeweicht und die Negativspirale durchbrochen worden. Die entstehenden Prozesse bestärken Michael im Aufbau seines positiven Selbstkonzeptes. Seine Selbstheilungskräfte waren aktiviert. In seiner Identitätsentwicklung hatte sich seine negative Sichtweise von sich selbst zu einer positiveren verändert. Mit der Zunahme des positiven Selbstkonzeptes wurde er gegenüber Umwelteinflüssen stabiler (vgl. Kap. IV.4.).

In diesem Fall war eine Medikamentierung notwendig, um einen soliden schulischen Handlungsrahmen zu schaffen. Mittelfristig wird überlegt, ob dieses Medikament reduziert ggf. abgesetzt werden kann.

### **7.3. Der Fall Marc**

#### **7.3.1. Die Aufnahme**

Marc wurde vor 2 Jahren bei uns zur psychomotorischen Förderung angemeldet.

Im Aufnahmegespräch, bei der die Mutter anwesend war, wurde folgende Situation deutlich: Marc lebte mit seiner dreijährigen Halbschwester und seiner Mutter zusammen. Der 7,3 jährige Junge besuchte die erste Klasse einer Grundschule.

Während der Schwangerschaft stand die Mutter phasenweise massiv unter psychischem Stress, da es zwischen ihr und dem Vater häufig zu Auseinandersetzungen kam. Marc wurde in der 31. Woche nach einem Autounfall durch Kaiserschnitt geboren. Seine Geburtswerte lagen bei: 31cm Kopfumfang, Gewicht 1290g. Während der Geburt wurde eine Nabelschnurumschlingung festgestellt. Marc lag vier Wochen im Wärmebett auf der Intensivstation und wurde vier weitere Wochen dort behandelt. Anschließend wurde er ein Jahr lang regelmäßig der Risikoambulanz vorgestellt.

Seine motorische und sprachliche Entwicklung war verzögert. In der ersten Entwicklungsphase wurde er von der Mutter als sehr lebhaft und sensibel beschrieben.

Die Eltern trennten sich ein Jahr nach der Geburt. Der Kontakt zum Vater war von dem Zeitpunkt an spontan und unregelmäßig. Nach einem Trennungsjahr wurde die Ehe geschieden. Der Mutter wurde das Sorgerecht zugesprochen.

Während der Scheidungsphase lernte die Mutter ihren jetzigen Mann kennen. Als Marc 4,5 Jahre alt war, wurde seine Halbschwester geboren. Marc's Stiefvater war täglich für einige Stunden in der Familie anwesend. Jedoch zogen die Eltern nicht zusammen.

Marc' leiblicher Vater, zu dem er anfangs eine intensive emotionale Beziehung hatte, zog sich zurück. Er erschien mehrfach nicht zu angekündigten Besuchsterminen. Dieses Verhalten und die zunehmende Ablehnung des Vaters führten bei Marc zu einer Verunsicherung und Enttäuschung.

Die Beziehung zum Stiefvater war belastet, da er sich zwar bemühte eine Vaterrolle gegenüber Marc einzunehmen, die von diesem jedoch abgelehnt wurde. So kam es zwischen Marc und seinem Stiefvater und auch zwischen Marc und seiner Mutter häufiger zu Auseinandersetzungen. Auch war die Beziehung zu seiner Halb-Schwester problematisch. Er reagierte immer wieder eifersüchtig.

In dieser Zeit ist der Urgroßvater von Marc gestorben, zu dem er eine intensive Beziehung hatte. Marc kaufte mehrmals von seinem Taschengeld Blumen und brachte sie auf das Grab. Seiner Mutter gegenüber sagte er mehrfach, dass er etwas vermisse. Seither ist der Tod ein wichtiges Thema für Marc. Der Kontakt zur Großmutter war gut und stabil. Bei ihr übernachtet Marc gern.

Seine schulischen Leistungen waren im ersten Halbjahr des ersten Schuljahres relativ schwach. Sowohl im Unterricht, als auch im Elternhaus zeigte Marc eine starke Unruhe. Er war ständig in Bewegung, spielte mit einem Gegenstand oder fiel vom Stuhl. Weiterhin wurden insbesondere im Unterricht Konzentrationsprobleme und Impulsivität deutlich. Dieses Verhalten zeigte er auch im Elternhaus. Auf Grund dieser Problematik wurde er einem Kinderpsychiater vorgestellt, der ihm Ritalin<sup>R</sup> verschrieb. Marc bekam nun morgens eine Einheit. Am Wochenende und in den Ferien wurde das Mittel abgesetzt.

Weiterhin zeigte er gravierende Probleme in der Feinmotorik. So gelang das Binden der Schuhe nicht und das Schneiden mit der Schere war problematisch. Seine Körperkoordination war auffällig. Nach Aussage der Mutter war sein Gang schwerfällig, sein allgemeines Verhalten ungeschickt. Auf Grund seiner Probleme in der Raumlage gelang es ihm nicht, einen Ball zu fangen. Jedoch spielte er gern Fußball.

Weiterhin berichtete die Mutter, dass er extrem überempfindlich auf Körperberührungen reagierte. Marc aß überdurchschnittlich viel. Sie ließ ihn auf einen Bandwurm hin untersuchen. Das Ergebnis war negativ.

Insgesamt wirkte Marc zurückgezogen und unglücklich. Er schlief sehr unruhig, klagte manchmal über Alpträume und näßte ein.

### **7.3.2. Diagnose**

Auf Grund dieser Daten konnte folgende vorläufige Diagnose erstellt werden. Eine ADHS-Problematik ist durch die Diagnose des Psychiaters und einer Nachüberprüfung durch die Skalen des DSM-IV. und ICD 10 (vgl. Kap. II.1.3.) bestätigt:

- A1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten oder anderen Tätigkeiten.
- A2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu halten.
- A3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
- A7. Verliert häufig Gegenstände, die er für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt.
- A8. Läßt sich oft durch äußere Reize ablenken.
- A9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich.
  
- B1. Zappelt häufig mit den Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- B2. Steht häufig in der Klasse oder in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- B3. Läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist.
- B5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.

- C1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
- C2. Kann häufig nur schwer warten, bis er an der Reihe ist.
- C3. Unterbricht und stört andere häufig.
- C4. Redet häufig übermäßig viel.

Somit liegen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität vor. Dieses Verhalten zeigt Marc sowohl im Elternhaus als auch in der Schule. Die Symptome können durch keine andere psychische Störung besser beschrieben werden. Die Problematik begann vor dem sechsten Lebensjahr.

Zu dieser Störung kommt eine Bindungsstörung im Elternhaus hinzu, die insbesondere durch die instabile Beziehung zum leiblichen Vater, aber auch durch seine Stellung in dem neuen Familienverband geprägt ist. In diesem Zusammenhang ist der Tod des Urgroßvaters ein weiterer Faktor, der Marc verunsichert und ängstigt. Das zentrale Problem ist in diesem Fall neben der ADHS-Auffälligkeit eine Unsicherheit der emotionalen Sicherheit und Zuneigung.

Schließlich zeigt Marc motorische Auffälligkeiten, die möglicherweise zum Teil Begleiterscheinungen zur dargestellten Problematik sein können. Hier ist sind Unsicherheiten in der Feinmotorik, Tonus, Tastüberempfindlichkeit und Körperkoordination zu nennen. Die Schwierigkeiten in der Raumlage können in diesem Zusammenhang nicht erklärt werden.

### **7.3.3. Therapieplanung**

Aus dieser Diagnose leitet sich folgender Förderbedarf ab:

1. In den Förderstunden soll Marc die Möglichkeit haben, in einem geschützten und sicheren Rahmen seine Gefühle frei zu äußern. Aus den Beobachtungen in den Stunden sollen die speziellen Themen in der Förderung benannt werden.
2. Zur ADHS-Problematik soll Marc die Möglichkeit haben seinem Bewegungsdrang nachzugeben und sich auszutoben. Im Verlauf der Förderung soll er lernen seine Impulsivität zu steuern, indem er bei Handlungsideen sein Tun plant und anschließend reflektiert. Des Weiteren sollen entsprechend der Reize, die er sucht, Angebote gemacht werden. Schließlich soll ihm ein strukturierter Tagesablauf, insbesondere im Elternhaus Sicherheit und Orientierung geben.
3. Im schulischen Umfeld soll untersucht werden, inwieweit Lernstörungen und soziale Störungen vorliegen.
4. Die Beziehung zwischen der Mutter und Marc soll untersucht werden. Die Mutter soll unterstützt werden in ihrer emotionalen Zuwendung Marc gegenüber.
5. Die Rollen des leiblichen und des Stiefvaters in der Beziehung zu Marc sollen aufgedeckt werden.

Die konkrete Therapieplanung erfolgte nach der Klärung dieser Sachverhalte.

### 7.3.4. Therapieverlauf

Die Förderung fand nachmittags stattfinden. In dieser Tageszeit wirkte das Ritalin<sup>R</sup> nicht mehr. Marc wurde gemeinsam mit einem gleichaltrigen Jungen gefördert. Dieser Junge zeigte ähnliche ADHS-Auffälligkeiten, die jedoch schwächer waren und von anderen Sekundärproblemen begleitet wurden.

Es zeigte sich, dass eine anfängliche Tobephase eine wichtige Ventilfunktion hatte. Diese Anfangsphase haben beide Jungen intensiv genutzt. Die Phasen in der Umkleidekabine und die Tobephase waren begleitet von massiver Hektik und Geschrei. Auffällig war, dass Marc häufig aneckte, stürzte und sich verletzte. Dieses Verhalten konnte auch in den weiteren Teilen der Stunden beobachtet werden. So ließ er sich immer wieder von einem Mattenberg fallen, ohne zu sehen, wohin er fiel. Er schlug jedes Mal hart auf. Manchmal fuhr er mit einem Rollbrett immer wieder massiv gegen eine harte Sprungmatte. Bei Verletzungen weinte oder schrie er nicht, sondern versteckte sich. Symptomatisch war eine Situation, in der die Kinder eine Baumbude aus Matten gebaut hatten. Das Dach bestand aus einem schweren Weichboden. Marc ließ bewusst die Bude so einbrechen, dass er unter dem Weichboden begraben wurde. Er blieb lange unter der Matte liegen, schloß die Augen und spürte tief in sich hinein. Als er sich befreite, sagte er, das dies gut getan hätte. Marc suchte propriozeptive Reize, durch die er seinen Körper besser spüren konnte. Seither wurden Einheiten zur Tiefensensibilität angeboten, die er intensiv genoss.

Hinzu kamen Schleuder-, Dreh-, und Schaukelangebote. Häufig veränderte er diese Angebote, so dass stärkere Effekte auftraten.

Spiele zur Konzentration nahm er oft gern an. Stets war er motiviert und konzentriert. Ließ das Interesse an einem Spiel nach, kündigte er an, er habe keine Lust mehr und stand auf. In diesen Phasen war er dann nicht mehr zu motivieren.

Im zweiten Monat sind wir dazu übergegangen, im Anfangskreis Spielideen zu planen. Dies fiel ihm anfangs sehr schwer. Da beide Kinder sehr viele Ideen hatten, entwickelte sich manchmal gegenseitig ein Wetteifern um Spielideen. Eine gemeinsame Umsetzung war jedoch oft problematisch und führte häufig zu Auseinandersetzungen. Immer wieder versuchte jeder seine Ideen durchzusetzen. Diese Phasen waren stets mit Hektik und starker motorischer Unruhe begleitet. Marc war aufgeregt und konnte den Baubeginn, also die Umsetzung der Ideen, kaum erwarten.

Ein weiteres Thema war der Tod. Marc konnte von dem Tod und dem Grab seines Urgroßvaters berichten. Die Mutter hatte ihm gesagt, dass der Uropa im Himmel sei. Marc verstand jedoch nicht, dass er seinen Urgroßvater nicht über den Wolken (im Himmel) sehen konnte als er in den letzten Ferien mit seiner neuen Familie in den Urlaub flog. Wir haben zu diesem Thema Bilder gemalt. Häufiger kam es anfangs vor, dass Marc sich in Spielaktionen tot stellte, oder mich erschießen wollte. Die Kinder untereinander spielten Verfolgungsjagden, wobei sie sich gegenseitig erschossen. In diesem Tun konnte Marc den Tod seines Urgroßvaters verarbeiten.

Im ersten Lehrergespräch zeigte sich, dass die Lehrerin die familiäre Problematik weitgehend erkannt hatte. Sie konnte in kritischen Situationen sehr sensibel mit Marc umgehen. Auch war sie stets bemüht, Marc in den Klassenverband zu integrieren. Insgesamt war er in seiner Klasse beliebt. Die Lehrerin berichtete, dass er einen Freund gefunden hatte. Seine schulischen Leistungen waren anfangs problematisch. Mit der Medikamentengabe, von der die Mutter einige Monate später der Lehrerin berichtete, konnte er sich besser konzentrieren und zeigte weniger motorische Unruhe und Konzentrationsstörungen im Unterricht. Seine Leistungen waren seither insbesondere in Mathematik und Sprache gestiegen. Jedoch ließ er sich immer wieder in diesen Stunden ablenken. Die Wirkung des Medikamentes ließ in der vierten Unterrichtsstunde nach, sodass sich seine Verhaltensprobleme verschärften.

Wichtig war es Marc nach vorn zu setzen, damit möglichst viele Ablenkungsfaktoren ausgeschlossen wurden. Körperberührungen und Blickkontakte waren bei Unruhe und Konzentrationsstörungen notwendig, um Marc wieder zur Konzentration zu führen. Geheime Zeichen, die beide vereinbart hatten, wenn er sich nicht mehr steuern konnte, erwiesen sich als hilfreich. Die Lehrerin setzte diese Hilfen im Unterricht um.

In dem Gespräch mit dem leiblichen Vater stellte dieser dar, wie tief er sich verletzt fühlte vom Verhalten seiner Exfrau. Tief getroffen hat ihn die Geburt der Tochter seiner ehemaligen Frau. Obwohl sie nicht mit ihrem neuen Partner zusammengezogen war, hatte sie eine neue Familie gegründet, deren Mitglied auch sein Sohn war. Hinzu kam die zunehmende Vaterrolle des neuen Partners. Auch der leibliche Vater war eine neue Beziehung eingegangen. Mit dieser Frau wollte er ebenfalls eine neue Familie gründen. Inwieweit Marc in dieses Konzept passen würde, bliebe abzuwarten. Eigentlich liebte er seinen Sohn. Er verstehe zwar jetzt nach unserem Gespräch die Situation seines Sohnes besser und auch seine Anteil bei der Problematik. Jedoch müsse er auch an sich denken. Er plante, demnächst zu seiner Freundin in eine 150 Kilometer entfernte Stadt zu ziehen. Das Angebot Hilfe für sich in einer Beratungsstelle zu suchen, lehnte er ab.

In den gemeinsamen Gesprächen mit der Mutter und ihrem neuen Partner wurde deutlich, dass sie sich als Familie für Marc wahrnehmen. Herr D. sah sich nicht nur seiner Tochter gegenüber, sondern auch Marc gegenüber in einer Vaterrolle. Jedoch war dieses Bemühen schwierig, da Marc misstrauisch war und immer wieder Anweisungen und Regeln im Zusammenleben mit ihm missachtete. Er plante, mit seiner Partnerin und den Kindern zusammenzuziehen. Bisher war die Umsetzung an der emotionalen Unsicherheit seiner Partnerin gescheitert. Sie glaubte, dass die Situation für Marc dadurch noch erschwert würde.

In mehreren Elterngesprächen mit Frau L. konnte sie erkennen, in welcher zerrissenen emotionalen Situation sich ihr Sohn befand. Die Eltern hatten sich getrennt, die Beziehung zum Vater, die einmal für ihn sehr wichtig war, zerbrach allmählich. In diesem Prozess erschien ein neuer Mann, der in Konkurrenz zum Vater stand und zudem die Mutter emotional belegte. Seine Mutter wiederum war zwischen ihrem Sohn, der neuen Beziehung, der Schwangerschaft und Geburt ihrer Tochter emotional hin und her gerissen. In dem Gespräch konnte deutlich gemacht werden, dass sie für Marc die wichtigste Beziehung ist und ihre emotionale Unsicherheit ihn belastete. Auf Grund dieser Elterngespräche vereinbarte sie Sitzungen bei einem Psychotherapeuten, um ihre Situation zu klären.

Im zweiten Halbjahr der Förderung wurde Marc ruhiger. Er zeigte nur noch sporadisch gravierende Unruhe. Die Mutter berichtete, dass Marc insbesondere, wenn er bei seinem leiblichen Vater übernachtet hatte, in sein altes Verhalten zurückfiel. Auch zeigte er kaum noch das harte Anschlagen an Gegenstände. Er liebte es weiterhin unter schweren Matten oder Sandsäcken zu entspannen. Schließlich ging er dazu über, sich in unterschiedlichen Schaukelformen in warme Decken einzuhüllen und entspannt zu schaukeln. Stets schloss er dabei seine Augen. Dies gelang jedoch nur, wenn er sich vorher austoben konnte.

Im Sitzkreis gelang es ihm besser sitzen zu bleiben, Spielideen zu äußern und diese zusammen mit dem zweiten Jungen zu planen und zu reflektieren.

Auch das Geschrei in den Tobephase und in der Umkleidekabine ließ nach. Die Kinder hatten ihre Telefonnummern ausgetauscht und besuchten sich gegenseitig. Eine Freundschaft entwickelte sich.

Mit dem Abnehmen der Suche nach massiven propriozeptiven Reizen öffnete Marc sich auch hinsichtlich seiner körperlichen Tastüberempfindlichkeit. Es gelang in unterschiedlichen Spielformen Massageeinheiten zu integrieren, die er bei starker Reizung erprobte. In der Raumlage konnte er größere Bälle fangen und grob zielgenau werfen.

In der Motorik experimentierte er an Kletterparcours, Kletterwand, Rollbrettern, Kickbords usw. mit seinen Fähigkeiten und Grenzen. Beide Kinder konnten zunehmend besser gemeinsam spielen und Ideen umsetzen.

Die Lehrerin berichtete in einem weiteren Gespräch, dass Marc nun kaum noch auffällig sei. Zwar stehe er in Stillarbeitsphasen manchmal auf oder sei im Unterricht phasenweise abgelenkt, jedoch arbeite er mit und könne seine Aufgaben vollständig erfüllen. Die Lehrerin hatte Verantwortungsbereiche in der Klasse verteilt, wobei Marc für Botengänge zuständig war. Insgesamt wirkte er ruhiger und ausgeglichener.

Im Verlauf des zweiten Förderjahres schloss die Mutter ihre Gesprächstherapie ab. Sie hatte ihre Situation in diesen Gesprächen weitgehend klären können. Auf Grund dieser und unserer Elterngespräche, sowie den Gesprächen mit ihrem jetzigen Partner, und auch durch zwei Gespräche mit ihrem geschiedenen Mann hatte die Mutter an emotionaler Sicherheit gewonnen.

Sie informierte sich intensiv über die ADHS-Problematik und trat einer Selbsthilfegruppe bei. In ihrem Alltag schuf sie klare Strukturen und Regelungen für Marc. So war der Nachmittag in stets wiederkehrende Phasen, in denen das Mittagessen gemeinsam eingenommen wurde, die Hausaufgaben gemacht wurden und in freie Spielphasen strukturiert. Auch wurde Marc ein Verantwortungsbereich in der Familie übertragen, der bindend war: Ihm oblagen die Fütterung und Pflege seines Kaninchens und das Ausräumen der Spülmaschine.

Besonders wichtig war die klare emotional positive Zuwendung für Marc. Die Mutter fand immer wieder bewußt Zeit für Gespräche mit ihrem Sohn. In diesem Prozess zeigte die Mutter

immer wieder auf, das jetzt alle vier Mitglieder die neue Familie darstellten. Sie seien jetzt für einander da. Mit Marc's Einverständnis zog die Familie mit dem Stiefvater in einer neuen größeren Wohnung zusammen. Wenig später heirateten die Mutter und der Stiefvater. Die Mutter machte Marc deutlich, dass seine Beziehung zu seinem leiblichen Vater unabhängig von dieser Familie sei.

Durch die zunehmende Stabilisierung in der Mutter-Kind-Beziehung nahmen die Konflikte ab und Marc wurde ausgeglichener. Dem Stiefvater und Marc gelang es, insbesondere durch die neue Wohnsituation, aufeinander zuzugehen. So wurde im Verlauf des Jahres die Beziehung zwischen den beiden besser. Er nahm ihn öfter in seinen Hobbykeller mit, in dem sie gemeinsam etwas bastelten. Auch machte die Familie gemeinsame Ausflüge. Dies führte dazu, dass seine Beziehung zum Stiefvater vertrauter und er für ihn verlässlicher wurde. Marc wurde kompromissbereiter. Durch die zunehmende Stabilisierung der Familie wurde auch die Beziehung zwischen Marc und seiner Schwester entspannter. So konnte er sie in der zweiten Hälfte des zweiten Förderjahres als Schwester bezeichnen. Auf Grund Marc's Verhaltensproblematik nach den Besuchen beim Vaters hatten sich die Mutter und ihr geschiedener Mann geeinigt, dass Marc bei ihm nicht mehr übernachten sollte.

In der Mitte des zweiten Jahres wurde auf Drängen der Mutter mit dem Einverständnis des Arztes das Ritalin<sup>R</sup> abgesetzt. Die Lehrerin berichtete, dass sich sein Verhalten durch das Absetzen des Medikamentes nicht gravierend verändert hätte.

Zum Abschluss der Therapie nach zwei Jahren war Marc sowohl in der Schule als auch im neuen Elternhaus stabil.

Der leibliche Vater war mit seiner neuen Partnerin in eine 150 Kilometer entfernte Stadt gezogen. Er deutete im letzten Gespräch an, dass er den Kontakt zu seinem Sohn abbrechen würde, da seine jetzige Partnerin schwanger sei und er eine neue, unbelastete Familie gründen wollte. Weiterhin sähe er durch den Umzug organisatorische Probleme. Er erklärte, dass sich die Beziehung zwischen Vater und Sohn durch ständige Auseinandersetzungen weiter verschlechtert hatte. Marc warf ihm immer wieder vor, unzuverlässig zu sein und ihn nicht zu lieben. Der Stiefvater hatte daraufhin angeboten, Marc zu adoptieren. Der leibliche Vater war mit diesem Vorhaben einverstanden.

Im Verlauf des zweiten Jahres waren der Tod und extreme propriozeptive Reize kein Thema mehr. Mit der zunehmenden emotionalen Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung ließ Marc Körperberührungen zu. Durch sein Experimentieren hatte er im motorischen Bereich an Sicherheit gewonnen. Dies zeigte sich auch in seinen nicht mehr wahrzunehmenden Koordinationsproblemen. Sein Gang war aufrecht, der Tonus unauffällig.

In der neuen Umgebung hatte er Freunde gefunden, mit denen er häufig Fußball spielte. Insgesamt wirkte er nun wach, offen und interessiert. Die Mutter berichtete im Abschlussgespräch, dass er kaum noch einnässte und seit einigen Monaten ruhig und tief schlief.



Hinsichtlich der ADHS-Problematik zeigte er nach dem Absetzen des Ritalins<sup>R</sup> weiterhin keine gravierenden Veränderungen in der Schule. Sowohl in der Schule als auch im Elternhaus zeigte er phasenweise zwar noch latente Unruhe und Impulsivität. Jedoch hatte er gelernt mit diesem Verhalten umzugehen. Konzentrationsschwäche zeigte er in der Schule oder bei den Hausaufgaben kaum mehr. Zeitweilig, besonders wenn er an einem Thema wenig interessiert war, ließ er sich jedoch noch ablenken.

Mit dem Abschluss der Förderung ging er mit zwei Freunden in einen Fußballverein. Beide Jungen besuchten sich weiterhin gegenseitig.

Wie Marc auf eine tatsächliche Beendigung des Kontaktes zu seinem leiblichen Vater reagieren würde, blieb abzuwarten.

### **7.3.5. Reflexion**

In der Eingangsphase wurde eine ADHS-Problematik diagnostiziert. Auch in diesem Fall gab es klare Hinweise auf einen möglichen Sauerstoffmangel während der Geburt durch eine Nabelschnurumschlingung, die zu einer kurzzeitigen Unterversorgung des Gehirnes geführt hatte. (vgl. Kap. II.2.) Die Mutter beschreibt gravierenden psychischen Belastungen während der Schwangerschaft. So erklärt sie, dass die Eltern häufig massive Auseinandersetzungen hatten, die schließlich zur Trennung der Ehe führten. Hinzu kommt das Risiko einer Frühgeburt. Der Autor hat auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Entstehen eines ADHS und einer prä- und perinatalen Problematik hingewiesen (vgl. Kap. II.2.2.1.). Ein genetischer Zusammenhang ist nicht bekannt.

Die Trennung der Eltern und die Situation, Alleinerziehende zu sein, wie auch die neue Beziehung zu einem anderen Mann und die Geburt eines gemeinsamen Kindes hatten bei der Mutter zu einer emotionalen Unsicherheit geführt. Durch diese Unsicherheit kam es zu einer Uneindeutigkeit in ihrer emotionalen Zuwendung und ihrem Verhalten Marc gegenüber. Diese Problematik in der Mutter-Kind-Beziehung führte wiederum bei Marc zu einer emotionalen Verunsicherung (vgl. Kap. II.2.4.).

In diesem Fall wird der Zusammenhang zwischen dem Grad einer ADHS-Problematik und der emotionalen Verunsicherung des Kindes deutlich. Indem die Mutter ihre psychische Situation klärte und sie in ihrem Verhalten Marc gegenüber klarer wurde, entspannte sich Marc zunehmend. Weitere deutliche Indikatoren für die Entlastung der Beziehung sind das proportionale Abnehmen der Tastüberempfindlichkeit, das Schlafverhalten und das Einnässen.

Diese Entlastung gelang durch Elterngespräche, in denen die Situation der Mutter und die Situation des Kindes deutlich wurde. Hierdurch wurde sie handlungsfähig. Die Mutter holte sich therapeutische Hilfe und klärte mit ihrem neuen Partner die gemeinsame Situation. Im Verlauf der Therapie zogen sie zusammen und entwickelten eine neue stabile Familie.

Die negativen Erfahrungen, die Marc in der früheren Kindheitsphase mit seinem leiblichen Vater (Unzuverlässigkeit, emotionale Unsicherheit, Uneindeutigkeit) machte und der Tod des geliebten Urgroßvaters, führten bei ihm zu Misstrauen und Ängsten. Durch diese Erfahrungen wurde aber auch die Möglichkeit der Entwicklung einer positiven vertrauensvollen Beziehung zu seinem Stiefvater verstärkt. Als sich durch das Bemühen des Stiefvaters eine Beziehung entwickelte, überprüfte Marc ihre Echtheit und Stabilität immer wieder. In diesem Prozess hat Marc seine negativen Erfahrungen bearbeitet und überwunden. Seine Position in der neuen Familie ist nun eindeutig und klar. Die emotionalen Beziehungen sind positiv und sicher.

In dieser Entwicklung war seine Position in der Schule, also die Integration im Klassenverband und die Beziehung zu seiner Lehrerin wichtig. Durch die Lehrergespräche und ihre Vorinformationen über die familiären Probleme und die ADHS-Problematik war die Lehrerin handlungsfähig. Ihre umsichtige Art, Eindeutigkeit in ihrer Zuneigung und Hilfestellungen im Unterricht (Möglichkeiten der Bewegung, Verantwortung übergeben, Hilfestellungen in den Konzentrationsphasen und die pädagogische Führung im sozialen Kontext) führten zu Sicherheitsgefühl und Annahme bei Marc. Seine Leistungen wurden durchschnittlich bis gut. Hierdurch wurde sein Selbstwertgefühl gestärkt (vgl. Kap.IV.4.).

Die Basis für diese positive Entwicklung wurde in den Förderstunden gelegt. Hier konnte er seinem Bewegungsdrang unzensiert nachgehen. So konnte er seine ganze Wut und emotionale Blockaden hinausschreien. In Rollenspielen verarbeitete er seine Wut, seine Ängste und Unsicherheiten. Er konnte sich wieder öffnen und neues Handeln erproben.

In der ADHS-Problematik konnte er seinen Bewegungsdrang, also die aufgestaute motorische Unruhe, austoben. Dies entspannte ihn in den Stunden, sodass auch seine Impulsivität nachließ. Im häuslichen Bereich, insbesondere nach dem Umzug, war er häufig draußen und spielte mit seinen neuen Freunden Fußball. Dies hatte für seinen Bewegungsdrang eine ähnliche Funktion. Ebenso lernte er im Verlauf der Förderung auch Ideen anderer zu akzeptieren und seine Interessen phasenweise zurückzustellen. Er lernte, eigene Ideen nicht sofort umzusetzen, sondern gemeinsam in einer Gruppe das Vorgehen zu planen und anschließend zu reflektieren. In diesen Phasen der Konzentration konnte er zunehmend seine Impulsivität besser steuern und mit planerischem Handeln experimentieren.

Schließlich war im Rahmen der sensorischen Integration seine Suche nach starken propriozeptiven Reizen erfolgreich (vgl. Kap. IV.4.). Vom harten Anschlagen an Gegenstände über das wilde Schaukeln, Hangeln und Rotieren kam er schließlich zum langsamen warmen Schaukeln, was zu einer tiefen Entspannung und Beruhigung führte. Er begann sich zunehmend differenzierter wahrzunehmen und zu fühlen. So gelang es ihm immer besser seine motorische Unruhe, seine Impulsivität und dadurch seine Konzentrationsprobleme zu steuern. Durch diese Selbststeuerungsprozesse könnten Neurotransmitterprozesse beeinflusst worden sein (vgl. Kap. V.2.4.). Für diese These sprechen die kaum beobachtbaren Verhaltensänderungen nach Absetzen des Ritalins<sup>R</sup>.

Heute hat Marc ein positives Bild von sich und anderen Menschen entwickelt. Er ist selbstsicherer geworden, hat sein Vertrauen wiedergefunden und hat gelernt, mit seinen Impulsen, die deutlich schwächer geworden sind, umzugehen.

## **7.4. Der Fall Tobias**

### **7.4.1. Die Aufnahme**

Tobias wurde zur psychomotorischen Förderung ein Jahr vor Beginn angemeldet.

Die Mutter beschrieb im Aufnahmegespräch folgende Situation:

Tobias lebt mit seinen Eltern und seinem dreijährigen Bruder zusammen. Zur Zeit besucht der 8,5-jährige Junge die 3. Klasse einer Grundschule.

Tobias wurde sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin geboren. Sechs Monate zuvor kam es fast zu einer Fehlgeburt, da die Mutter Fruchtwasser verloren hatte. Nicht erkannte Frühwehen führten zum Platzen der Fruchtblase. Hierdurch wurde die Geburt eingeleitet. Tobias wurde als Zangengeburt geboren. Nach den Daten des Geburtsprotokolls litt er während der Geburt unter Sauerstoffmangel. Er musste intubiert werden. Anschließend kam er in ein Wärmebettchen, da er seine Körpertemperatur nicht halten konnte.

Seine weitere Entwicklung wurde als verzögert beschrieben. Jedoch war seine Sprachentwicklung unauffällig.

Die Mutter gab an, dass Tobias seit seiner Geburt bis zum vollendeten dritten Lebensjahr extrem häufig am Tage als auch nachts geschrien hat. Dies bewirkte, dass der psychische Stress zwischen den Eltern zu häufigen Auseinandersetzungen und Gereiztheit führte. Die Eltern stellten daraufhin Tobias bei verschiedenen Kinderärzten vor. Sein Verhalten konnte medizinisch nicht erklärt werden.

Mit vier Jahren wurde er in einen Kindergarten aufgenommen. Hier war er im Sozialverhalten, wie auch im motorischen Verhalten auffällig. Für Tobias war es schwierig, soziale Kontakte aufzubauen. Teilweise zeigte er dominante bis aggressive Verhaltensweisen. Im motorischen Bereich war er oft von einer starken Unruhe und Sprunghaftigkeit getrieben.

Als Tobias fünf Jahren alt war wurde sein Bruder geboren, zu dem er ein angespanntes und von Eifersucht getriebenes Verhältnis entwickelte.

Auf Grund seiner Verhaltensprobleme stellte die Mutter ihn wieder mehrfach dem Kinderarzt vor. Dieser lehnte eine Medikamentengabe, welche die Mutter gefordert hatte, ab und riet zur Geduld. In dieser Zeit wuchsen die Spannungen in der Familie derartig, dass die Familie auseinander zu brechen drohte. Tobias sprang auf allen Möbeln herum, war ständig in Bewegung und verbreitete massive Unruhe. Verhaltensregeln in der Familie beachtete er kaum. Häufig gab es Auseinandersetzungen mit den Eltern, insbesondere mit der Mutter. Um ein Zusammenleben mit Tobias erträglich zu machen, wechselten die Eltern mit der Einschulung den Kinderarzt. Der neue Arzt verordnete Ritalin<sup>R</sup> in einer Dosierung von 5,5 Einheiten (2,0 um 6.30 Uhr, 2,0 um 7.30 Uhr, 1,0 um 14.00 Uhr und 0,5 um 18.00 Uhr). Die Mutter berichtete, dass er durch das Medikament etwas ruhiger und ansprechbarer wurde. Die häusliche Situation entspannte sich etwas.

Die Eltern berichteten, dass weiterhin sowohl in der Schule als auch im Elternhaus die gesamte Breite der ADHS-Problematik, die unter Ritalin<sup>R</sup> gedämpft erschien, sichtbar wurde. Weiterhin beschrieb die Mutter, dass es ihm nicht möglich war, einen Ball zu fangen. Da er nicht reagierte, prallte der Ball an seinem Körper ab. Auch im Sozialverhalten zeigte er gravierende Probleme. Auf Grund seines starken Bewegungsdranges und seiner Impulsivität, die oft mit einer lauten Fäkalsprache einher ging, wurde er in der Klasse gemieden. Auch im häuslichen Zusammenleben kam es manchmal zu körperlichen Übergriffen gegenüber der Mutter. Sie stellte dar, dass er mehrfach versucht hat sie zu beißen. In diesen Zusammenhängen kam es häufiger zu massiven aggressiven Ausbrüchen bei ihm bis hin zu Autoaggressionen.

Weiterhin erklärten die Eltern, dass er diverse Ängste, insbesondere vor der Schule, Ärzten und neuen Menschen und auch vor Wasser und körperlichen Berührungen jeder Art zeigt.

Auf die Frage, welche Vorlieben und Stärken Tobias hat, konnten sich die Eltern auch nach längerem Überlegen nicht äußern.

In unserem motorischen Eingangstest zeigte Tobias, neben der ADHS-Basissymptomen, Probleme im Gleichgewicht, was sich im Misslingen des Einbeinstandes zeigte. Allgemein war seine Körperkoordination auffällig. Er zeigte eckige, hektische Bewegungsmuster. Weiterhin war die Auge-Hand-Koordination in der Feinmotorik gestört. Hinzu kam eine gravierende Problematik in der Raumlage, welche die Eltern beschrieben hatten.

#### **7.4.2. Diagnose**

Auf Grund dieser Daten konnte eine vorläufige Diagnose erstellt werden:  
Nach einer problematischen Geburt mit Sauerstoffmangel schrie das Kind 36 Monate sehr häufig ohne erklärbarem Grund. Bis zur Aufnahme konnte es kaum Körperberührungen zulassen. Seit der frühkindlichen Phase zeigte er starke Unruhe, Impulsivität und Konzentrationsprobleme. Hier handelt es sich den Symptomen nach um eine ADHS-Problematik, die möglicherweise auf eine hirnorganische Disposition zurück zu führen ist.

Eine Überprüfung an Hand der Skalen des DSM-IV und ICD 10 (vgl. Kap. II. 1.3.) bestätigen diese Vermutung:

- A1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
- A2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu halten.
- A3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
- A4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten nicht zu Ende bringen.

- A6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern.
- A7. Verliert häufig Gegenstände, die er für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt.
- A8. Lässt sich häufig durch äußere Reize ablenken.
- A9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich.
  
- B1. Zappelt häufig mit den Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
- B2. Steht in der Klasse oder in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- B3. Läuft umher oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist.
- B4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
- B5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.
  
- C2. Kann häufig nur schwer warten, bis er an der Reihe ist.
- C3. Unterbricht und stört andere häufig.

Dieses Verhalten zeigt er im Elternhaus und in der Schule. Die Symptome können durch keine andere psychische Störung besser beschrieben werden. Der Beginn der Problematik vor dem sechsten Lebensjahr wurde durch die Mutter bestätigt.

Zu dieser Problematik kommen gravierende Störungen im Sozialverhalten hinzu, die von Aggression und Autoaggression begleitet werden.

Weiterhin liegt eine Beziehungsproblematik sowohl zwischen den Eltern als auch zwischen den Eltern und dem Kind vor. Insbesondere sind Aggressionen des Kindes gegenüber der Mutter auffällig.

Schließlich sind Berührungsängste, bzw. eine Tastüberempfindlichkeit des Körpers und eine allgemeine Ängstlichkeit vor Situationen, in denen er unsicher ist, beobachtbar. Somit scheint seine Beziehung zu seinem eigenen Körper und bestimmten Situationen belastet.

Dieses Verhalten läßt auf ein schwaches Selbstwertgefühl mit negativen Vorerfahrungen im sozialen Bereich schließen. Die beschriebenen Abwehrreaktionen deuten in diese Richtung.

Die motorischen Probleme in der Raumlage, bzw. in der Auge-Hand-Koordination können in diesem Zusammenhang wenig erklärt werden. Möglicherweise gibt es einen Zusammenhang zwischen der gravierenden Raumlageproblematik, den vestibulären Auffälligkeiten und den perinatalen Belastungen des Kindes.

### **7.4.3. Problembereiche der Therapieplanung**

Auf Grund dieser vorläufigen Diagnose können folgende Problemfelder lokalisiert werden:

1. Da eine tiefgreifend familiäre Problematik vorliegt, sollten die einzelnen Beziehungsstrukturen untersucht werden. Hier zeigt sich insbesondere die Vater-Mutter-Beziehung und die Mutter-Sohn-Beziehung als belastet.
2. Weiterhin ist zu untersuchen, in welchen Situationen er auf wen aggressiv reagiert. Schließlich sollte ein möglicher Zusammenhang zwischen seinem aggressiven Verhalten und den familiären Beziehungen untersucht werden.
3. Das problematische Sozialverhalten muss in die Überlegungen einbezogen werden.
4. Es soll geklärt werden, welche Stärken und Fähigkeiten Tobias hat. Diese können bei der Planung der Stunden zur Motivation einbezogen werden.

Hinsichtlich der ADHS-Problematik sollten folgende Punkte geprüft werden:

1. Das Erziehungsverhalten der Eltern
2. Die Strukturierung des Tagesablaufes im Elternhaus und Schule
3. Seine Möglichkeiten zur Handlungsplanung durch Innehalten, Planung und Reflexion
4. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung durch Befriedigung der Reizsuche
5. Welche Handlungsrahmen braucht er, in dem er seinen Impulsen nachgehen kann.

Schließlich sollen Handlungsrahmen gefunden werden, in denen er sich hinsichtlich der Raumlage, des Gleichgewichts und der Tastüberempfindlichkeit erproben kann.

In der sozialen Problematik soll Tobias anfangs in einer Einzelförderung und später in einer Kleingruppe gefördert werden, so dass er sich auch im sozialen Bereich erproben kann.

Eine konkrete Therapieplanung kann nach Klärung dieser Problemfelder erfolgen.

### **7.4.4. Der Therapieverlauf**

Da die Förderstunde vormittags in der fünften Schulstunde stattfand, war Tobias kaum noch unter der Wirkung des Medikaments. So zeigte er die volle Breite der ADHS-Verhaltensweise. Er stürmte in die Turnhalle, begann sofort an den Seilen zu hangeln, kletterte die Sprossenwände hoch oder saß auf den hochgestellten Mattenböden. Er wirkte wie getrieben. In dieser Anspannung und Hektik begann er oft aus der Tiefe seines Brustraumes zu schreien. Durch diese Kraftanstrengungen traten seine Adern am Hals und im Schläfenbereich hervor.

Anfangs war es kaum möglich, lenkend in seine Handlungsabläufe einzugreifen. Die erste Struktur lag im Chaos. Ich begann selbst in dieses Chaos einzusteigen. Als er dies sah, war er sehr erstaunt. In dieser Stunde war es zum ersten Mal möglich, ein Angebot vorzustellen. Im weiteren Verlauf nahm er Angebote im Bereich Schleudern, Rotation und Springen an. Laufspiele, in denen er sich völlig verausgaben konnte, gelangen anfangs nur sehr kurz, da er immer wieder ausbrach und neue Materialien zum wilden Tun fand.

Nach zwei Monaten des Stresses war eine erste echte Struktur möglich. Auch hier zeigte sich eine lange Tobephase als das geeignete Medium, um anschließend zur Ruhe und zur Entspannung zu kommen. Dies gelang zunehmend besser unter schweren Matten, Säcken oder ähnlichen Materialien. Nur wenn schwere Gewichte auf seinen Körper drückten, war es ihm möglich, seinen Körper zu spüren. Gemeinsame Gespräche waren nicht möglich. Jedoch begann er nach drei Monaten in der Umkleidekabine nach der Stunde zu erklären, was er sich für die nächsten Stunde wünschte.

Spiele zur Raumlage und Konzentration, sowie Massagen mit groben Materialien (Igelbälle, Rollen) ließ er ab dem vierten Therapiemonat zu. Diese Spiele waren in den Entspannungsphasen möglich. Die Tobezeiten wurden kürzer, waren jedoch zu Beginn der Stunde eine wichtige Phase. Als wichtiges Entspannungsgerät entdeckte er die große Mattenschaukel, die nicht als Schaukel, sondern als Tobegerät eingeführt wurde. Es gelang manchmal, dass er sich zur Entspannung auf die Schaukel legte. Ich habe ihn dann mit einer Wolldecke zugedeckt und vorsichtig geschaukelt.

In dieser Zeit änderte sich sein Verhalten. Suchte er in der Anfangsphase massive Reize zur Stimulierung der Tiefensensibilität, milderte sich jetzt diese Suche ab. Er kletterte nicht mehr wild umher, sondern sein Bewegungsdrang konnte nun zunehmend durch Angebote wie Bewegungsspiele, Fahren mit verschiedenen Geräten, Springen auf dem Trampolin und ähnlichem gesteuert werden. Weiterhin fiel auf, dass Tobias in den Phasen des Austobens nicht mehr an seine Leistungsgrenzen ging. In dieser Zeit wurde das Springen von der Sprossenleiter, Mattentürme u.ä. ein wichtiges Thema.

Zum Ende des ersten Halbjahres entdeckte er zunehmend sicherer das Schaukeln. So war zum Beispiel ein Raumschiffspiel möglich, wobei die Schaukel das Raumschiff war. Auch das sich Bewegen auf wackeligen Untergründen war zunehmend möglich. Er entdeckte das große Trampolin als Sport- und Tobegerät. Die anfänglichen vestibulären Probleme gingen zurück. Die Zeiten im Sitzkreis wurden länger. Jedoch brach er immer wieder aus. Aber auch hier zeigte sich, wie die Fähigkeit zur Ruhe proportional zu seiner Motivation anstieg. Immer öfter waren jetzt auch Ballspiele möglich. Jedoch konnte er weiterhin auf Gegenstände, die durch sie Luft auf ihn zugeflogen kamen, nicht adäquat reagieren.

Es zeigte sich in den Stundenverläufen, dass Tobias gut laufen und klettern konnte. Er hatte viele Ideen, die in der Praxis umgesetzt werden konnten. Interessant war auch, dass er öfters bei technischen Problemen während der Aufbauarbeit von Konstruktionen ohne Kommentar schnell konstruktive Lösungen fand. Bei den Spielen zur Konzentration bevorzugte er strategische Spiele. Diese Beobachtungen hob ich ihm gegenüber öfters hervor und benutzte sie später als Motivationsanschub bei wichtigen Angeboten.

Da Tobias nun anderen Menschen gegenüber öffnete, bot ich ihm an, zwei weitere Kinder in die Gruppe aufzunehmen. Nach längerem Überlegen stimmte er zu.

Im ersten persönlichen Lehrergespräch nach vier Monaten - es hatte vorher ein Telefonat stattgefunden - stellte sich folgende Situation heraus:

Seine schulischen Leistungen waren bisher gut. Jedoch zeigte Tobias in den letzten Wochen einen Leistungseinbruch. Die Lehrerin vermutete, dass dies auf die möglicherweise bevorstehende Trennung der Eltern zurückzuführen sei. Sie beurteilte die familiäre Situation als katastrophal.

In seinem Arbeitsverhalten konnte er in den ersten zwei Schulstunden unter dem Ritalin<sup>R</sup> relativ ruhig und konzentriert arbeiten. So kam er zu guten Ergebnissen. In der vierten Stunde brach sein Verhalten insofern ein, indem er zunehmend starke Unruhe, Sprunghaftigkeit, aggressive Attacken und Fäkalsprüche zeigte. In dieser Zeit nahm auch seine Konzentrationsfähigkeit ab. In der fünften Stunde konnte er sich nicht mehr steuern, sodass er schließlich vom Musik- und Religionsunterricht befreit wurde. An Regeln und gemeinsamen Vereinbarungen konnte er sich nach vier monatiger Förderung besser halten.

In der großen Pause war es ihm zeitweise möglich mit anderen Kindern zu spielen, jedoch hatten viele Kinder Angst vor ihm.

Das erste Gespräch wurde mit der Mutter allein geführt, da der Vater beruflich verhindert war. Am zweiten Gespräch konnte der Vater teilnehmen. In diesem Gespräch zeigte sich, dass die Mutter gegenüber ihrem Mann sehr dominant auftrat. Herr T. beteiligte sich anfangs wenig an dem Gespräch. Blickkontakten wich er aus. Im Verlauf des Gespräches entspannte er sich und beteiligte sich öfter, wobei er mehrfach von Frau T. korrigiert wurde.

Die Eltern gaben an, dass sich Tobias' Verhalten bisher im Elternhaus nicht verändert habe. Immer wieder kam es zu Auseinandersetzungen zwischen den Eltern und Tobias. In den Phasen, in denen das Medikament wirkte, war sein Verhalten für die Eltern einigermaßen ertragbar. Die Konflikte zwischen ihm und seinem Bruder waren weiterhin massiv. Diese Faktoren führten weiter zu häufigen Konflikten zwischen den Eltern. Da die Familie auseinanderzubrechen drohte und der Vater die ständigen Auseinandersetzungen mit seiner Frau um die Erziehung Tobias nicht mehr ertragen konnte, zog er sich in den Auseinandersetzungen zunehmend zurück. Er fühlte sich nun für die Erziehung des kleinen Bruders zuständig. In dem Gespräch deutete er an, dass er mit Tobias' Verhaltensweisen und mit ihm selbst eigentlich noch nie zurechtgekommen sei. Häufig, wenn er ihm Anweisungen gab, reagierte Tobias mit Trotz und Aggression. Gleichzeitig mischte seine Frau sich stets ein und beschützte ihren Sohn. Dieses Verhalten führte oft zu massiven Auseinandersetzungen. Für die Erziehung von Tobias war nun die Mutter allein verantwortlich. In dem Gespräch zeigte sie auf, dass sie ihn sehr streng erzog. Wenn er sich nicht an Regeln hielt oder ungehörig wurde, mußte er für eine Stunde ins Bett. Auch hatte sie ihn mehrfach geschlagen. Die Eltern hatten zwischenzeitlich überlegt, ihn in ein Heim zu geben. Zudem überlegte der Vater, ob er sich räumlich von der Familie trennen sollte.



In den Elterngesprächen war es wichtig aufzuzeigen, dass Tobias auch wünschenswerte Eigenschaften und Fähigkeiten hatte. Die Veränderung des negativen Bildes von ihm bei den Eltern war von entscheidender Wichtigkeit für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes. Jedoch immer wieder, wenn ich aufzeigte, welche Fortschritte Tobias in den Förderstunden gemacht hatte und welche Stärken er hatte, zeigten die Eltern wenig Interesse an seiner Entwicklung.

Als ich darauf hinwies, dass ein klar strukturierter Tagesablauf mit Ritualen und ein eindeutiges Erziehungsverhalten wichtig ist, ein autoritärer und rigider Erziehungsstil dagegen häufig von Kindern so verstanden wird, dass sie von ihren Eltern nicht geliebt werden und ihren Widerstand gegen sie provozieren, war die Mutter zu einem Gespräch bereit.

Ich hatte den Eltern dringend geraten, sich Hilfe in einer Erziehungsberatungsstelle zu holen. Dort wird neben einer Erziehungsberatung ebenso eine Paarberatung angeboten, die sie in Anspruch nehmen können.

Die Ritalin<sup>R</sup>-gabe wurde auf Verlangen der Eltern auf von 5,5 auf 6,5 Einheiten erhöht.

Als zwei weitere Kinder in seinem Alter, ein Mädchen und ein Junge, in die Gruppe kamen, wurde Tobias unsicher und zeigte wieder starke Unruhe und Sprunghaftigkeit. Nachdem er die Kinder näher kennengelernt hatte, legte sich dieses Verhalten wieder.

In den Phasen, wenn Tobias sich schlecht steuern konnte, gingen beide Kinder behutsam und offen mit ihm um. Dies führte dazu, dass Tobias insbesondere dem Mädchen gegenüber Vertrauen aufbaute.

Gemeinsam mit den neuen Kindern konnte nun nach einer kurzen Tobephase ein Anfangskreis gebildet werden. In dieser Phase war Tobias häufig aufgeregt, stand immer wieder auf und versuchte seine Ideen gegenüber der Gruppe durchzusetzen. Es kam mehrfach zu Auseinandersetzungen, wenn Ideen der anderen Kinder umgesetzt wurden, da er sich zurückgesetzt fühlte. Auch in Wettkampfspielen zeigte er ein ähnliches Verhalten, wenn er sich benachteiligt fühlte. Jedoch ließ er sich zunehmend auf Vermittlungsgespräche ein. In der zweiten Hälfte des zweiten Jahres entwickelte sich eine Freundschaft zwischen den Kindern. Sie planten gemeinsam sowohl Spiele als auch Aufbauten und setzten ihre Ideen um. Insbesondere zwischen dem Mädchen und Tobias entwickelte sich eine intensive Beziehung. Sein Tun war bis zum Ende der Förderung nach zwei Jahren von relativer Unruhe und Hektik begleitet. Jedoch konnte er sein Handeln gemeinsam mit den anderen Kindern planen und durchführen. Auch gelang es ihm zum Ende der Förderung Ideen anderer zu akzeptieren, wenn es sich um die Mehrheit handelte.

Auch die gemeinsamen Spiele zur Konzentration gelangen um so besser, je mehr sein Selbstvertrauen stieg. Häufig hatten diese Spiele einen hohen Motivationscharakter für ihn, so dass seine Mitspielbereitschaft entsprechend war.

Im Bereich der sensorischen Integration gelang es ihm zum Ende des ersten Jahres, dass er in eingekleideten Rollenspielen, später auch als reine Schaukel, immer höher schaukelte. Dies genoss er immer mehr. Das Schaukeln war für ihn auch im zweiten Jahr ein wichtiges Thema.

Zum Abschluss der Förderung zeigte er keine vestibulären Probleme mehr. Auch Klettern und Springen waren weiterhin für ihn wichtig. Gern hing er an Seilen in der Kletterwand und spielte Bergsteiger. In diesem Zusammenhang liebte er es, lange auf dem großen Trampolin zu springen.

In der Zwischenzeit war er der Spezialist für technische Probleme geworden. Immer dann, wenn es bei den Aufbauten Probleme gab, wurde er nach einer Lösung gefragt. Es wurde immer wieder deutlich, wie wichtig für ihn diese Anerkennung war.

Auffällig war, dass Tobias immer nach den Ferien eine Phase hatte, in der er seine alten Verhaltensweisen zeigte. In dieser Zeit sucht er wieder vermehrte Reize unter den schweren Weichbodenmatten. Weiterhin schien ihn die familiäre Situation zu belasten.

Im Bereich der Tastüberempfindlichkeit konnte er im zweiten Jahr zunehmend besser Massagespiele, wie die Waschstrasse, zulassen. In der Waschstraße ist jedes Kind ein Auto, dass gewaschen werden soll. Die Kinder können angeben, wie sie gewaschen werden wollen.

Die körperliche Nähe zu den anderen Kindern konnte er zunehmend besser aushalten. So wurden immer wieder Elemente eingebaut, in denen die Kinder eng beieinander saßen oder lagen.

Zum Abschluss der Förderung konnte er alle Ballspiele mitspielen. Jedoch waren die Probleme in der Auge-Hand-Koordination im Fangen von Flugbällen geblieben. Auch eine Überprüfung bei einem Augenarzt brachte keine Erklärung für diese Problematik.

In der Schule zeigte er weiterhin durchschnittliche bis bessere Leistungen. Sein Verhalten nach der vierten Schulstunde war deutlich besser geworden. Jedoch lief er häufiger umher und ließ sich ablenken. Insgesamt war er insgesamt ruhiger geworden. Ein aggressives Verhalten zeigte er nur noch sehr selten. Dies Verhalten zeigt er nur noch, wenn er offen von einem anderen Schüler angegriffen wurde. Ein Gespräch mit ihm über die Situation war möglich. Tobias war nun voll integriert und hatte mehrere Freunde in der Klasse gefunden. Er saß an einem Gruppentisch. Zum Teil in den Stillarbeitsphasen und während der Klassenarbeit wollte er an einem Einzeltisch sitzen, da er sich so besser konzentrieren konnte.

In dem anstehenden Schulwechsel nach dem vierten Schuljahr war es sein Wunsch, gemeinsam mit dem Mädchen aus der Förderung auf die Gesamtschule zu gehen. Er wurde zwei Mal abgelehnt. Die Lehrerin vermutete, dass möglicherweise seine Verhaltensproblematik, das die Mutter bei der Anmeldung angegeben hatte, zur Nichtaufnahme führte. Auch eine Bescheinigung von ihr, dass sich sein Verhalten gebessert habe, reichte nicht für die Aufnahme. Tobias ging schließlich zu einer Hauptschule.

Zum Ende der Förderung wurde die Dosierung des Ritalins<sup>R</sup> von 6,5 stufenweise auf 5,0 und schließlich auf 4,0 Einheiten reduziert.

In der familiären Problematik hatten die Eltern eine Erziehungs- und eine Paarberatung begonnen. Diese wurde jedoch nach kurzer Zeit von der Mutter abgebrochen. Sie begründete diesen Schritt damit, dass der Therapeut im Wesentlichen sie für die gesamte Familienproblematik verantwortlich machen wollte. Durch die gemeinsamen Gespräche, die durch die Beratung eingeleitet wurden, waren sich die Eltern wieder näher gekommen. Im Verlauf des zweiten Jahres hatte der Vater Tobias wieder angenommen. Er hatte mit ihm allein mehrere Ausflüge gemacht und ihn an Reparaturen beteiligt. Nach diesen Gesprächen mit seiner Frau konnte er besser mit ihm umgehen. Die Mutter mischt sich kaum noch in die Beziehung ein.

Insgesamt konnte das elterliche Bild von Tobias verbessert werden. Durch mehrere Videos aus den Förderstunden und Erzählungen konnten beide Elternteile auch positive Eigenschaften an Tobias entdecken, von denen sie auch im zweiten Jahr berichteten. Die Mutter hatte sich ein Buch über die ADHS-Problematik gekauft und hatte sich zwei Vorträge über das Thema angehört. Sie war überzeugt, dass Tobias' Probleme, also eigentlich Tobias, die Ursache der familiären Probleme waren bzw. war.

Tobias hat sich von seinem Taschengeld eigenes Handwerkzeug gekauft und bastelte viel in seinem Zimmer. Er hat im Umfeld Freunde gefunden, mit denen er oft spielt. Die Mutter berichtete im Abschlussgespräch, dass Tobias oft draußen sei und allein oder mit seinen Freunden spielte. Insgesamt sei er ruhiger geworden. Seine Unruhe Zuhause seien aber weiterhin auffällig. Ihr ist aufgefallen, dass Tobias, der sonst sehr chaotisch war, nun täglich sein Zimmer aufräumte. Auch war er nun bereit den Müll zum Mülleimer zu bringen. Ebenso räumte er seinen Teller und Besteck vom Mittagstisch. Frau T. war froh darüber, dass sie nicht mehr so streng mit ihm sein musste. Im Abschußgespräch sagte sie schließlich, dass sie jetzt, da wir uns nicht mehr sehen würden, sagen wolle, dass sie trotz der positiven Entwicklung nichts Gutes bei Tobias entdeckte. Auch könnte sie ihm nicht sagen, dass sie ihn liebe, da er es ihr auch noch nie gesagt habe. Wenn Tobias ihr sagte, dass sie ihn ja doch nicht lieb habe, hätte sie mehrfach geantwortet, dass sie ja auch niemand lieben würde.

#### **7.4.5. Reflexion**

In diesem Fall werden prä- und perinatale Belastungsfaktoren als Auslöser einer möglichen Präposition hinsichtlich des ADHS gesehen. Eine genetische Disposition konnte nicht belegt werden (vgl. Kap. III.2.). Es wird gezeigt, wie ungünstige Sozialisationsbedingungen im Elternhaus weitere Lebensbereiche des Kindes beeinflussen. Als wesentliche Ursache kann das ADHS und die Reaktion der Umwelt auf dieses Verhalten gesehen werden. Diese Reaktionen führen zu einem zunehmenden negativen Selbstbild der Kindes (vgl. Kap IV.3.), in deren Verlauf die Frustrationstoleranz sank und die komorbiden Störungen, insbesondere das oppositionelle Verhalten stieg .

Durch die Geburt kam es bei Tobias zu einer starken Belastung, deren Auswirkungen nicht vollständig klar geworden sind. Offensichtlich führten diese Belastungen dazu, dass Tobias in den ersten drei Lebensjahren sehr häufig schrie und kaum zu beruhigen war. Dieses Verhalten führte zwischen den Eltern zu massivem Stress. Hinzu kamen massive Unruhe, Sprunghaftigkeit und Konzentrationsstörungen. Dieses tägliche Verhalten in der Wohnung verschärfte die familiäre Situation. In der weiteren Entwicklung kam es zu häufigen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. Beide machten Tobias für diese Problematik verantwortlich und lehnten ihn emotional ab.

Tobias spürte die Ablehnung und emotionale Kälte beider Elternteile. Da die Mutter emotional durch den Vater und durch den Bruder belastet war, begann Tobias seinerseits negativ auf den Vater und Bruder zu reagieren. In dem Erziehungsbemühen des Vaters griff die Mutter immer wieder schützend ein. In diesen Situationen bekam er Zuwendung von der sonst sehr rigiden und strengen Mutter. Dieses Verhalten belastete die Beziehung zum Vater zusätzlich. Der Vater zog sich zurück und trug sich mit Trennungsgedanken. Nun stand die primäre Beziehung zwischen Mutter und Sohn im Vordergrund. Da die Mutter weiterhin ihn für die Situation verantwortlich machte und sein Verhalten, mehr noch, wie es im Abschlußgespräch deutlich wird, ihn selbst ablehnte, wurde Tobias verzweifelt. Es kam mehrfach zu aggressiven Angriffen. Dieses Verhalten in Kombination mit der ADHS-Problematik führte insbesondere die Mutter zu dem Gedanken, ihn in ein Heim zu geben. Die Familie war fast zerbrochen.

Zu der anfänglichen ADHS-Problematik kamen massive psychische Probleme hinzu, die seine problematischen Verhaltensweisen verstärkten. Diese These kann belegt werden, da sein Verhalten deutlich besser wurde, als er emotionale Sicherheit in der Fördergruppe und in der Schule erfuhr. Schließlich wandte sich der Vater ihm wieder zu. Jetzt konnte er sich dem Vater öffnen.

Neben dem anfänglichen Gefühl, von allen abgelehnt zu werden, kamen die häufigen Arztbesuche und Untersuchungen hinzu. Die Einnahme der Medikamente und die ständigen Schuldzuweisungen durch die Eltern zeigten ihm, dass er nicht in Ordnung war. In dieser Situation konnte er nur aggressiv reagieren, um sich zu schützen.

Insgesamt betrachtet war er, insbesondere gegenüber seinen Eltern, nicht mehr handlungsfähig. Er hatte gelernt, seine Situation nicht verändern zu können, er hat also seine Hilflosigkeit gelernt (vgl. Kap.IV.4.). Diese Hilflosigkeit hat seine emotionale Situation und damit seine Verhaltensweisen verhärten lassen. Dieses Problem zeigte sich insbesondere in seiner Beziehung zu seinen Eltern und speziell zu seiner Mutter. Gerade von ihr brauchte er Annahme, Wärme und Anerkennung.

Tobias befand sich in einer Negativspirale (vgl. Kap. III.3.), die seine Situation immer weiter verschlimmerte. Zum Abschluss der Förderung hat er Ablehnungen nicht mehr so massiv als persönliche Ablehnung gewertet, da er nun auch seine Stärken kannte. Trotzdem entsprachen diese Ablehnungen seinem alten Erwartungsmuster. Sie war für ihn weiterhin problematisch.

Der Durchbruch der Negativspirale gelang zum einen durch die Förderstunden, in denen er seinem Suchen nach basalen Erfahrungen nachgehen konnte und die entsprechenden Angebote fand. Er konnte seinen Reizhunger befriedigen und zunehmend sich selbst besser steuern. Die Steigerung der Fähigkeit zur Selbststeuerung war deutlich. Hier hatte ein möglicherweise biologisch-kortikaler Selbstheilungsprozess begonnen (vgl. Kap. V.2.4.).

Zum anderen spürte er in der Gruppe Annahme, Zuneigung und Anerkennung seiner Fähigkeiten und Stärken, die er vormals kaum erfahren hatte. Weiterhin fühlte er sich in seiner ganzen Person, unabhängig von den Konflikten, von der Gruppe angenommen. Er erlebte, dass sein Handeln seine emotionale Situation verändern konnte. Das negative Selbstbild geriet ins Wanken (vgl. Kap. III.3.). Durch die vielen Möglichkeiten der Angebote gelang es ihm immer wieder neue Erfahrungen in der Motorik, dem Lösen von Problemen und Sozialverhalten zu machen, so dass er über seine vermeidlichen Grenzen hinaus ging. Tobias experimentierte in freien und unbelasteten Entscheidungs- und Handlungsräumen (vgl. Kap.IV.4.). Er erkannte seine Fähigkeiten und Stärken immer besser. Durch die Erfahrungen in diesem Bereich wurde er zunehmend selbstsicherer.

Weiterhin gelang der Durchbruch in der Schule. Durch das umsichtige Verhalten der Lehrerin und die zunehmende Integration in der Klasse fand er auch hier emotionalen Halt und Sicherheit. Durch seine tendenziell guten Zensuren und die Annahme durch die Lehrerin und einen Teil der Schüler gewann er an Selbstvertrauen. In seinem Probehandeln lernte er neue Verhaltensweisen und Selbststeuerungsmechanismen, die er auch auf seine Situation in der Schule übertragen konnte. Dies zeigte sich insbesondere in den kritischen Zeiten am Mittag, wenn das Medikament nicht mehr wirkte. Tobias konnte sich zunehmend besser steuern.

Auch bei den Eltern konnte durch die Annahme einer Beratung und mehrere Elterngespräche eine Diskussion über die Erziehungssituation der Kinder angeregt werden. Die kontroversen Verhaltensweisen konnten die Eltern trotz Abbruch der Beratung aufbrechen und verändern. Der Vater ist nicht ausgezogen und hat einen neuen, von seiner Frau unabhängigen Zugang zu Tobias gefunden. Tobias war es möglich, sich seinem Vater gegenüber zu öffnen. Auch mit seinem kleinen Bruder geht er jetzt häufiger liebevoll um.

Problematisch ist weiterhin die Beziehung zwischen Mutter und Sohn. Hier hat Tobias offensichtlich aufgegeben, um Zuneigung und Annahme zu kämpfen. Bereitwillig machte er die Arbeiten im Haushalt, welche die Mutter fordert. Jedoch hat er sich emotional zurückgezogen. In seinem Zimmer fühlt er sich wohl. Hier bastelt er gern, etwas, was er jetzt auch manchmal mit dem Vater macht. Täglich räumt er sein Zimmer auf. Tobias schafft Ordnung. Vielleicht beginnt jetzt ein neuer Lebensabschnitt. Zum Abschluss der Förderung fühlte er sich draußen bei seinen Freunden am wohlsten.

## **7.5. Der Fall Fabian**

### **7.5.1. Die Aufnahme**

Fabian wurde nach 18 Monaten Wartezeit bei uns zu einem Aufnahmegespräch eingeladen. Beide Elternteile waren bei diesem Gespräch anwesend. Folgendes Bild von der Situation Fabians wurde deutlich:

Die Schwangerschaft verlief ohne körperliche Komplikationen. Auffällig war, dass Fabian schon im Mutterleib unruhig war. Häufig hat er sich bewegt und gegen die Bauchdecke getreten.

Auf die Nachfrage, wie es ihr während dieser Zeit erging, beschrieb die Mutter, dass Fabian ein Wunschkind war. Jedoch litt sie während der Schwangerschaft unter einem Putzzwang. Sehr häufig reinigte sie die Wohnung in kurzen Abständen. Insgesamt war sie in dieser Zeit sehr in Unruhe, ständig in Bewegung. Nach der Geburt ließ dieses Verhalten nach. Vielleicht, so stellte sie dar, hing dieses Verhalten damit zusammen, dass sie als Kind und Jugendliche allgemein ängstlich und unsicher war. Möglicherweise hat sie sich während der Schwangerschaft über die Entwicklung und mögliche Geburtskomplikationen unbewußt Gedanken gemacht.

Fabian wurde mit Kaiserschnitt geboren. Die Geburt verlief ohne Komplikationen. Auch in der weiteren Entwicklung gab es keine weiteren Auffälligkeiten. Frau P. merkte an, dass Fabian als Baby wenig geschlafen hat.

Auf Rückfrage nach genetischen Dispositionen erklärten beide Elternteile, dass eine ADHS-Auffälligkeit bei ihnen oder den Großeltern nicht bekannt sei.

Mit 3,5 Jahren wurde Fabian in einem Kindergarten aufgenommen. Hier wurde er als sehr lebhaft beschrieben. Soziale Auffälligkeiten in seinem Verhalten wurden nicht beobachtet. Mit der Aufnahme in die Grundschule zeigten sich die Symptome der motorischen Unruhe und Impulsivität deutlicher. Trotz seiner Sprunghaftigkeit in der Aufmerksamkeit und Konzentrationsstörungen zeigte er durchschnittliche bis gute schulische Leistungen.

Obwohl er gute Leistungen zeigte, stellten die Eltern Fabian wegen seiner Hyperaktivität und Sprunghaftigkeit einem Kinderarzt vor. Dieser überwies den Jungen an einen Kinder- und Jugendpsychiater. Der Psychiater verschrieb zwei Einheiten Ritalin<sup>R</sup> (1,0 um 7.00 Uhr und 1,0 um 11.00 Uhr). Die zweite Gabe wurde in der Schule von der Lehrerin verabreicht.

Fabian hatte keine Freunde in der familiären Umgebung. Trotzdem war er gern draußen, um sich auszutoben. Am Nachmittag, wenn das Ritalin<sup>R</sup> nachließ, kam es häufiger zu Auseinandersetzungen zwischen ihm und seiner Mutter. Die Mutter gab an, mehrere Bücher über „Hyperaktive Kinder“ gelesen zu haben und als Konsequenz seinen Alltag strenger zu strukturieren. Wenn Fabian ausfällig ihr gegenüber wurde, erhielt er sofort Sanktionen.

Allgemein war Fabian, so berichtete der Vater, unsicher bei Leistungsanforderungen. Wenn er der Meinung war, geforderte Leistungen nicht erbringen zu können, wich er aus oder verweigerte. Insgesamt schien Fabian unter Versagensängsten zu leiden. Der Vater berichtete von einer häufigen inneren Anspannung in Leistungssituationen.

In unserem motorischen Eingangstest zeigte Fabian vestibuläre Unsicherheiten und Höhenangst. Sein allgemeines Verhalten in der Testsituation war abwartend und beobachtend. In der Bewältigung der einzelnen Aufgaben war er konzentriert und bemüht.

Fabian näßt bis heute ein. Er klagt über einen unruhigen Schlaf und Albträume. Häufig träumt er von Gespenstern.

Die Mutter gab an, dass Fabian in zwei unterschiedlichen Fußballvereinen spielte, die in der Regel einen zusätzlichen Spieltermin in der Woche anboten. So hatte Fabian mit der neuen Psychomotorikstunde fünf Sporttermine in der Woche. Zum Fußballspiel ging er gern. In dieser Sportart kannte er seine Stärken und trat entsprechend selbstbewusst auf.

Auf die Frage nach seinen Vorlieben und Stärken gab der Vater an:

er spielt gerne Fußball  
er mag strategische und logische Spiele  
Fabian hat ein gutes Sachwissen über Natur und Technik  
er ist gerne in der Natur, beobachtet Tiere

### **7.5.2. Diagnose**

Aus den Daten der Aufnahme ergab sich folgende erste Diagnose:

Eine ADHS-Problematik kann durch die Diagnose des Psychiaters und eine Nachprüfung mit den Skalen des DSM-IV und ICD 10 (vgl. Kap. II.1.3.) bestätigt werden. Folgende Items treffen zu:

- A2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu halten.
- A3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
- A5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
- A7. Verliert häufig Gegenstände, die er für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt.
- A8. Läßt sich oft durch äußere Reize ablenken.
- A9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeßlich.
- B1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.

- B2. Steht in der Klasse oder in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
- B5. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.
- C2. Kann häufig nur schwer warten, bis er an der Reihe ist.
- C3. Unterbricht und stört andere häufig.

Somit liegen Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität vor. Diese Verhaltensweisen zeigt er sowohl im Elternhaus als auch in der Schule. Die Symptome können durch keine andere psychische Störung besser beschrieben werden. Der Beginn der Auffälligkeit kann vor dem sechsten Lebensjahr beobachtet werden.

Weiterhin gibt es möglicherweise eine Störung in der Mutter-Kind-Beziehung, da es häufig zu Auseinandersetzungen kommt.

Fabian ist allgemein ängstlich und neuen Situationen und Leistungserwartungen gegenüber unsicher und ängstlich. Er hat häufig Albträume. Möglicherweise hängt auch sein Einnässen mit dieser Problematik zusammen. Inwieweit Leistungserwartungen der Eltern, und damit seine Anerkennung bei den Eltern, involviert sind, muss noch geklärt werden. Allgemein hat er ein schwaches Selbstbewusstsein.

Auch im motorischen Bereich zeigt er Unsicherheiten in neuen Situationen und im Gleichgewicht. Fabian hat Höhenängste.

### **7.5.3. Therapieplanung**

Folgende Planung ergibt sich aus der Diagnose:

1. Zum ADHS soll zu Beginn der Stunden eine Phase der freien Bewegung vorgeschlagen werden. Anschließend soll der Bewegungsdrang in Strukturen (Spiele) kanalisiert werden. Weiterhin soll im Verlauf der Förderung im Anfangskreis und auch bei neuen Ideen innegehalten und geplant werden. Diese Planung soll im Anschluss an die Tätigkeit reflektiert werden. Zusätzlich sollen verschiedene Spiele zur Konzentration, insbesondere logische und strategische Spiele, angeboten werden. So kann Fabian lernen sich besser zu steuern und seine Konzentrationsfähigkeit zu verbessern. Parallel soll die Dosierung und sein Verhalten Medikamentengabe beobachtet werden. Ziel ist die Reduzierung und ggf. die Absetzung des Mittels.



2. Zusammenhänge zwischen Fabians schwachem Selbstbewusstsein und der allgemeinen Ängstlichkeit als auch die häusliche und erzieherische Situation sollen geklärt werden. Es soll überprüft werden, wie sich die frühere Unsicherheit der Mutter auf Fabians Problematik ausgewirkt hat. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit Leistungserwartungen der Eltern und schulische Einflüsse diese Probleme verstärkten.

In den Förderstunden soll er durch unterschiedliche Bewegungsangebote mit seinen Ängsten experimentieren, diese überwinden und im weiteren Erproben seine Stärken und Fähigkeiten kennen lernen, erweitern und festigen. Sein gutes Sachwissen über Natur und Technik soll in die Angebote eingebaut werden.

3. Zu seinen vestibulären Problemen und Höhenängsten sollen in den Stunden Angebote gemacht werden.
4. Seine Vorlieben für Fußball, Wissen über Natur und Technik und strategische und logische Spiele sollen als Motivationsschub in die Angebote eingebaut werden.

#### **7.5.4. Therapieverlauf**

Fabian wurde am Nachmittag mit einem Jungen namens Timo gefördert. In dieser Zeit stand er nicht mehr unter der Wirkung des Medikaments.

In den ersten Stunden lief er ziellos umher, kletterte auf Geräte und Seile, um wieder herunterzuspringen und zu hangeln. Da beide Jungen gerne Fußball spielten, konnte der anfängliche Bewegungsdrang frühzeitig in unterschiedliche Ballspiele gelenkt werden. Schon zu Beginn der Förderung zeigte Fabian weniger Interesse an massiven Rotationen, exzessivem Klettern und Hangeln. Er wollte sich lieber im Spiel austoben.

Während der Spiele stand er innerlich unter Stress, schrie häufig und machte die Gegenspieler verantwortlich für Fehltore. Phasenweise gab es massive Auseinandersetzungen zwischen den beiden Jungen. Schließlich sind wir dazu übergegangen, dass die Kinder in einer Mannschaft gegen mich spielten. In dieser Konstellation ließ dieses Verhalten nach. Jedoch gab es weiterhin heftige Wortgefechte um Spielfehler.

Nach vier Wochen war es möglich einen Sitzkreis zu bilden. Während wir Ideen besprachen, war Fabian stets aufgeregt. Massiv versuchte er seine Ideen durchzubringen. Häufig war er beleidigt, zog sich wütend zurück, wenn seine Ideen überstimmt wurden. Dann war er nicht mehr bereit mitzuspielen, sondern versuchte seine Ideen für sich allein umzusetzen. Interessierter und ruhiger wurde er in dieser Phase, wenn es Probleme aus dem Bereich Technik gab. So brachte er gute technische Lösungen bei Bauproblemen ein.

In den ersten Wochen konnten beide Jungen schon relativ gut zusammen arbeiten. Jedoch gab es immer wieder harte Auseinandersetzungen, in dessen Verlauf die Jungen öfters

wutentbrannt aufeinander losschlugen. Wir einigten uns auf Verhaltensregeln. Diese Regeln konnten in der Hochphase der Auseinandersetzung nur mit Nachdruck akzeptiert werden. Um so mehr er sich beruhigte, um so einsichtiger wurde er und konnte sich besser an die gemeinsam aufgestellten Regeln erinnern.

Angebote Spiele zur Konzentration nahm er an, wenn die Spiele ihm interessant erschienen und er sich vorher austoben konnte. In Situationen, in denen er ein Spiel abgelehnt hatte, dieses jedoch von Timo angenommen wurde, kam er manchmal und sah konzentriert zu. In jedem Fall war der Grad der Befriedigung des Bewegungsdrangs ein Gradmesser für die Konzentrationsfähigkeit.

Auch bei der Einführung neuer Spiele war er oft interessiert. Insbesondere Spiele zur Technik und Umwelt interessierten ihn. Stets wollte er das Spiel erklärt haben, um zu überprüfen, ob er es auch spielen konnte. War er nicht der Meinung, so lehnte er ab. Bei der Einführung neuer Geräte, wie Trampolin, Cityroller, Kickboard und Ähnliche oder auch bei der Einführung von Kleinspielzeugen zur Geschicklichkeit war er anfangs stets abweisend und kritisch. Nach einer Beobachtungsphase begann er schließlich mit den Gegenständen zu experimentieren. Oft beobachtete er Timo in diesen Phasen, der ganz unbekümmert bereit war zu spielen.

Im Bereich Höhenangst war er sehr vorsichtig. Seine Grenze lag anfangs bei etwa einem Meter. Auf Gegenständen oder Aufbauten, wie der schiefen Ebene oder Kastenbauten ging er nicht über diese Grenze hinaus. Dies war nur auf den Mattenbergen möglich, die keinen steilen Abgrund hatten. In einem Gespräch über Höhe sagte er, dass er sich in der Höhe nicht sicher fühle und Angst hätte abzustürzen. Alle Angebote zum Klettern in niedriger Höhe nahm er gerne an. Die Kinder tobten häufig auf den Aufbauten, sprangen und ließen sich herunterrollen.

Bei der Einführung des großen Trampolins verweigerte er massiv das Tuch zu betreten. Später legte er sich auf das Tuch und ließ sich schaukeln.

Ähnlich war es bei den unterschiedlichen Schaukeln. Nur dann, wenn Timo nicht in der Nähe war und er die Zusicherung hatte, dass sehr wenig geschaukelt wurde, konnte er sich auf die Mattenschaukeln setzen. Stets hielt er sich an den Seilen fest. Anders war es bei dem „Geburtssack“. Hierbei handelt es sich um ein Schwungtuch, das an den Ecken zu einem Sack zusammengebunden und an einem Turnring hochgezogen wird. In dem Sack ist es warm, weich und dunkel. Die Theorie besagt, dass Kinder hier noch einmal die Geborgenheit des Mutterleibes nacherleben können. Diesen Sack nahm Fabian gern an. In dem Sack konnte er bei einer Entspannungsmusik tief und lange in sich hinein fühlen.

Im ersten Lehrergespräch gab die Lehrerin an, Fabian habe vor der Medikamentengabe starke Unruhe, Impulsivität und eine hohe Ablenkbarkeit gezeigt. Trotzdem war eine Mitarbeit möglich, da sie ihn an einen Gruppentisch nach vorn gesetzt hatte und in problematischen

Situationen immer wieder auf ihn eingegangen war. Seine Leistungen waren durchschnittlich bis gut. In Sprache zeigte er Probleme, da er wenig las. Auffällig war, dass er in Situationen, in der er glaubte, den erwarteten Anforderungen nicht erfüllen zu können, besonders starke motorische Unruhe zeigte. In diesen Phasen war er häufig fahrig und zerstreut. Hier zeigten sich besonders deutliche Konzentrationsprobleme.

Insgesamt war er im Klassenverband integriert. Jedoch kam es öfters zu lautstarken Auseinandersetzungen, wenn er sich benachteiligt fühlte. In diesen Auseinandersetzungen benutzte er oft Fäkalsprache. Auch war er manchmal an Schlägereien auf dem Schulhof beteiligt.

Weiterhin merkte die Lehrerin an, Fabian seit der Einnahme des Medikamentes im Unterricht ruhiger geworden, jedoch zeige er nun häufig apathische Züge. Auch sein Sozialverhalten hätte sich gravierend verändert. Es gab zwar keine Auseinandersetzungen mehr, jedoch ging er nun kaum von sich aus auf andere Kinder zu, sondern war häufig für sich allein sein.

Die Lehrerin sah eine Tendenz zum Einzelgänger. Dieses Problem hatte sie mit der Mutter schon besprochen. Möglicherweise war Ritalin<sup>R</sup> nicht das richtige Mittel oder es war zu hoch dosiert.

In den ersten Elterngesprächen erklärte die Mutter, dass während der Geburt ein weiteres Problem entstanden war. Während der Operation wurden plötzlich die Herztöne sehr schwach. Fast alle Lebensfunktionen waren zusammengebrochen. Fabian konnte jedoch nach kurzer Zeit stabilisiert werden.

Frau P. erklärte weiter, dass sie Fabian aus Angst, dass ihm etwas zustoßen könnte, verwöhnt hatte. Nachdem sie nun wusste, dass er an einem ADHS litt und sie sich über das Syndrom informiert hatte, wurde das Erziehungsverhalten umgestellt. Seither war sie relativ streng und setzte ihm klare Grenzen. Gleichzeitig achtete sie auf einen geregelten Tagesablauf und die Einhaltung der gemeinsamen Vereinbarungen. Dies führte manchmal, insbesondere wenn das Medikament nicht wirkte, zu Meinungsverschiedenheiten. In diesen Situationen war sie nun stets ruhig und beharrlich, so wie es in den Büchern zum ADS gefordert wird. Jedoch fiel ihr dies oft schwer.

In diesem Zusammenhang konnte deutlich gemacht werden, dass Fabian nicht nur einen geregelten Alltag brauchte, an dem er sich orientieren konnte. Wichtig war auch, zumal er ein schwaches Selbstwertgefühl hatte, die emotionale Zuwendung und Bestärkung durch die Mutter. Der Mutter wurde deutlich, dass Fabian möglicherweise deshalb ständig unter Stress stand, weil er nur bei Erfolgen positive Aufmerksamkeit von ihr erhielt. Wichtig ist für seine weitere Entwicklung, dass sie ihn, so wie er ist, versteht und annimmt. Frau P. gab zu, dass dieses Gefühl wohl nicht häufig ihm gegenüber vermittelt worden ist. Jedoch hat ihr Mann öfters am Wochenende etwas mit ihm unternommen. Die Beziehung zwischen ihrem Mann und Fabian sei gut. Fabian's Vater versuche auch häufig bei Konflikten zu vermitteln und auszugleichen.

In der Problematik der Medikamentierung bestätigte die Mutter die Beobachtungen der Lehrerin. Auch sie habe bemerkt, dass Fabian unter Ritalin<sup>R</sup> apathisch sei. Hinzu komme, dass er über zeitweilige Übelkeit und Kopfschmerzen und Schlafstörungen klage. Die Mutter war bereit, mit dem Arzt das Problem zu besprechen und das Medikament ggf. abzusetzen.

Wenig später wurde das Medikament durch eine schwache Amphetamindosierung ersetzt. Dieses Mittel wirkte nur während der Schulzeit. Die Wirkungsdauer reichte bis in den frühen Nachmittag hinein, sodass die Gabe am Mittag durch die Lehrerin entfiel. Darüber war Fabian sehr erleichtert. Die Lehrerin berichtet, dass Fabian nun wach und klar sei. Im sozialen Bereich war er jetzt wieder aufgeschlossen.

Im Verlauf des zweiten Halbjahres veränderte sich sein Verhalten in den Förderstunden. Zu Beginn der Stunden stand er weiterhin unter Bewegungsdruck, der in Ball- und Laufspielen kanalisiert wurde. Während dieser Spiele gelang es ihm zunehmend besser seine Ausbrüche zu steuern. Auch regte er sich nicht mehr so sehr auf, da er mehr Spaß am Spiel fand als zwanghaft siegen zu wollen. Der Leistungsgedanke in diesen Stunden hatte nicht mehr die Wichtigkeit, wie in den vorherigen Stunden. Wenn die beiden ein Spiel verloren hatten konnte er zum Schluss der Förderung dies ohne Kommentare und emotional gelassen akzeptieren.

Im Sitzkreis konnte er immer länger sitzen bleiben, seine Ideen einbringen, aber auch zunehmend besser Kompromisse eingehen. Auch die Planung der Aktionen gelang besser. Phasenweise wurde ihm dies jedoch zu langweilig. So sagte er manchmal, dass wir mit dem „Quatschen“ zu viel Zeit verbrauchen würden. Er wolle jetzt anfangen zu spielen.

Auf der Mattenschaukel konnte er zusammen mit Timo, der auf der Schaukel nicht hoch genug schaukeln wollte, zunehmend höher schaukeln. Timo verpackte Fabians Angst in Spiele und redete ihm gut zu. Zum Abschluss der Förderung konnte er angstfrei schaukeln. Der Prozess, auf der Schaukel mutiger zu werden, ging einher mit seinen Problemen im Gleichgewicht. In der Mitte der zweiten Hälfte sprang er frei auf dem Trampolin. Er entdeckte das Trampolin als Sportgerät und tobte sich hierauf aus. Unterstützend in diesem Prozess haben die Eltern ein Gymnastiktrampolin in seinem Zimmer aufgestellt, das er häufig benutzte.

Die Lehrerin berichtete nach einem Jahr, dass sich sein Verhalten deutlich verändert habe. Seine Fähigkeit zur konzentrierten Arbeit war gestiegen. Sein Verhalten in Leistungssituationen war ruhiger und sicherer geworden. Er schloss Freundschaften und spielte in der Pause mit den anderen Kindern Fußball und Tischtennis. Insgesamt wirkte er jetzt aufgeschlossen und selbstsicher. Zwar gab es noch Tage, an denen er sich nicht so gut steuern konnte, jedoch kam dies immer seltener vor. Seine schulischen Leistungen waren gut und stabil. Sie würde ihn für die Realschule vorschlagen.

Fabian's Eltern bestätigten diesen Eindruck. Heute kann die Mutter offener auf ihn zugehen. Lob und Komplimente fallen ihr nicht mehr so schwer, da sie sieht, wie sehr er sich darüber freut. Heute sieht sie nicht mehr nur die Probleme, die Fabian ihr macht, sondern kann sich auch ohne Grund über ihn freuen. Jetzt kann sie auch seine Stärken besser sehen. Insgesamt ist er ruhiger und entspannter geworden. Er ist häufig draußen und spielt mit seinen Freunden.

In einem Gespräch mit seinen Eltern hat er sie gebeten, zwei Sporttermine in der Woche zu streichen, da er zu wenig Zeit mit seinen Freunden habe.

Die Eltern sind nun entschlossen, auch das Amphetamin in Absprache mit dem Arzt abzusetzen. Im Abschlussgespräch beklagte sich der Vater, dass sein Sohn in den letzten Wochen seine Entscheidungen hinterfrage. Es sei wohl auch mehrfach der Satz gefallen: „Ich bin doch kein Muttersöhnchen mehr“. Er vermutet, dass jetzt wohl die Pubertät beginnt.

Heute schläft Fabian nachts ruhig. Er berichtet nicht mehr von Alpträumen. Jedoch näste er bis zum Abschluß der Förderung nachts ein. Mehrere medizinische Untersuchungen und ein längerer Klinikaufenthalt konnten dieses Verhalten nicht erklären. Zur Zeit trägt er nachts eine „Klingelhose“. Für jede Nacht, in der er trocken geblieben ist, bekommt er einen Punkt. Aber diese Methode zeigt keinen wirklichen Erfolg. Im Verlauf des zweiten Halbjahres hat jedoch die Häufigkeit des Einnässens nachgelassen.

### **7.5.5. Reflexion**

In diesem Fall ist die Ursache der ADHS-Problematik nicht eindeutig erkennbar. Die Mutter hat beschrieben, dass sie während der Schwangerschaft häufig sehr aufgeregt und unruhig war. Inwieweit sich diese Unruhe auf den Säugling übertragen kann, muss diskutiert werden. Eine genetische Disposition wurde ausgeschlossen. In der Ernährung bekam das Kind eine normale Mischkost. Im zweiten Elterngespräch erklärt die Mutter, dass während der Geburt die Lebensfunktionen kurzfristig fast zusammengebrochen sind. Möglicherweise ist es hier zu einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns gekommen. Hier ergibt sich die Vermutung, dass das ADHD durch eine minimale zerebrale Störung in Kombination mit dem psychischen Zustand der Mutter ausgelöst wurde (vgl. Kap. II.2.).

In diesem Fall sind die exzessiven Bewegungsausbrüche nicht wirklich gravierend ausgeprägt. Durch seine sportliche Betätigung hat der Junge gelernt sich auszutoben. Auf Grund dieser Tatsache suchte er in der sensorischen Integration (vgl. Kap. IV.4.) nicht die elementaren Reize, wie die starke Rotation, das wilde Springen oder das Beschweren des Körpers, sondern eher gezielte Bewegungsmuster.

Neben dem elementaren Bewegungsdrang stehen hier mehr die Ängste und Unsicherheiten im Vordergrund. Zwar zeigte er zu Beginn der Förderung die typischen Auffälligkeiten. Jedoch hatte er schon gelernt, sich durch den Sport auszutoben. So fiel es ihm während der Förderung relativ leicht zu lernen, seine Unruhe und Sprunghaftigkeit zu steuern. So nahm auch seine Konzentrationsfähigkeit relativ schnell zu, da er es gewohnt war, sich im Fußballspiel, also in Phasen der hohen Motivation, zu konzentrieren.

Weiterhin war seine Entwicklung wenig von familiären und schulischen Sekundärproblemen belastet. Er war ängstlich und unsicher, ähnlich wie seine Mutter. Hinzu kam, dass er durch die anfängliche Überbehütung durch die Mutter wenige elementare Alltagsfähigkeiten und Fertigkeiten entwickelt hatte. Jedoch war er schon zu Beginn der Förderung häufig draußen, sodass er hier und auch beim Sport mit Gleichaltrigen anfängliche Erfahrungen machen konnte.

Trotz allem hatte er ein schwaches Selbstbewußtsein, Unsicherheiten und Ängste. Die Gründe können einmal darin zu suchen sein, dass er verinnerlicht hat, anders zu sein, als die Anderen. Warum musste er denn häufig zu verschiedenen Ärzten? Schließlich war er sogar mehrere Tage zur Untersuchung in einem Krankenhaus. Insbesondere die Einnahme der Medikamente, besonders mittags vor der Klasse, zeigten Unterschiede auf.

Andererseits könnte ein weiterer Grund darin liegen, dass insbesondere die Mutter zwar den Alltag strukturierte und für ihn sorgte, jedoch kaum emotionale Zuwendung zeigte und ihn in seinem Bemühen um Anerkennung und Selbstsicherheit nicht unterstützte. Hinzu kam das Leistungsdenken beider Elternteile. Der Vater identifizierte sich wesentlich über seine Leistungen im Beruf und in der Familie. Die Mutter betrachtete die Ordnung und Sauberkeit im Haus, Kleidung und der körperlichen Erscheinung aller Familienmitglieder als ihr Anteil in der erbrachten Leistung. Fabian hatte diesen Leistungsgedanken ebenso verinnerlicht. Da er durch sein Verhalten und seine Konzentrationsprobleme den Erwartungen der Eltern nicht entsprach, kam es zu häufigen Auseinandersetzungen. In der Schule wurden ebenso Leistungen auf der kognitiven Ebene erwartet. Auch im Fußballverein wurde er durch seine motorischen Leistungen definiert. Somit war er häufig in Situationen, in denen Leistungen von ihm erwartet wurden, unter Stress. (vgl. Kap. III.3.) Dieses Verhalten konnte durch mehrere Elterngespräche einsichtig gemacht und schließlich verändert werden indem insbesondere die Mutter ihn so annahm, wie er war. Auf die zunehmende positive Emotionalität reagierte er, indem er ruhiger wurde und sich öffnete. Die Auseinandersetzungen zwischen ihm und seiner Mutter ließen nach. Die häusliche Situation entspannte sich.

Andererseits fand er bei seinem Vater und auch bei seiner Lehrerin, die er sehr mochte, emotionale Sicherheit. In den Förderstunden erlebte er, dass er so angenommen wurde, wie er war. Hier konnte er auch seine Schwächen zeigen. Er lernte, dass es in den Förderstunden nicht um den Sieg und um möglichst gute Leistungen ging, sondern um das gemeinsame Erleben und dem gemeinsamen Spaß an der Bewegung. So konnte er sich öffnen und an seinen Grenzen experimentieren. Gemeinsam mit seinem neuen Freund konnte er nun neue Bereiche erproben, erfahren und vertiefen. So überwand er seine Ängste und erweiterte seine Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. Kap. V.2.3.).

Insgesamt entwickelte sich ein positives und klares Selbstbild, welches er auf seinem Lebensweg weiter festigen muss (vgl. Kap. IV.4.).

Das Problem des Einnässens sind nicht ursächlich geklärt worden. Eine medizinische Begründung konnte nicht gefunden werden. Psychologische Unsicherheitsfaktoren, wie die Emotionalität zu Mutter, seine allgemeine Unsicherheit und möglicherweise Nebenwirkungen des Ritalins<sup>R</sup> sind deutlich abgeschwächt.

## 8. Diskussion

Die Auswahl der Fallbeispiele entspricht der Häufigkeit der Problemlage der Kinder im Erfahrungsbereich unserer Einrichtung. Zum einen werden nur Jungen vorgestellt. Wie in Kapitel II.1.4. beschrieben, liegt das Verhältnis in vielen Untersuchungen bei 3:1 Jungen und deutlich höher. In unserer Einrichtung wurde in der Vergangenheit sehr selten ein Mädchen mit einem ausgeprägten ADHS angemeldet. Andererseits sind dem Autor keine Fälle bekannt, in denen ein gravierendes ADHS nicht mit psycho-familiären bzw. emotionalen Belastungen verbunden waren.

Das Alter der Kinder entspricht etwa dem Durchschnittsalter der geförderten Kinder. In der Regel ist dies das letzte Kindergartenjahr und das Grundschulalter.

In der Ursachenanalyse (vgl. Kap. II.2.) werden in den neurobiologischen Erklärungsmustern folgende Theorien als Ursache des Syndroms benannt:

1. Hirnfunktionsstörungen
2. Transmittertheorie
3. Genetische Faktoren
4. Allergien, insbesondere eine Nahrungsmittelunverträglichkeit

In den dargestellten Untersuchungen zur allergischen Disposition (vgl. Kap. II.2.2.6.) wird davon ausgegangen, dass nur in Einzelfällen ein Zusammenhang zur ADHS-Problematik nachgewiesen werden konnte. Wenn bei dem Aufnahmegespräch von den Eltern dargestellt wird, dass sich das Kind von einer ausgewogenen Mischkost ernährt, wird dieser Ursachenvermutung nicht weiter nachgegangen.

Die genetischen Faktoren werden als ein wichtiges Erklärungsmuster in der Ursachendiskussion angesehen. In der Praxis ist der Nachweis relativ schwierig. Nur im Fall Michael konnte ein Zusammenhang auf Grund der Aussage der Mutter vermutet werden. Ein persönliches Gespräch hat jedoch nicht stattgefunden. Im Fall Fabian zeigte die Mutter zwar während der Schwangerschaft ähnliche Symptome. Da sie dieses Verhalten hat jedoch nicht vor der Schwangerschaft gezeigt hat, ist, wie dargestellt, diese Problematik auf Ängste und Unsicherheiten zurückführbar.

Bezüglich einer Hirnfunktionsstörung und der Transmittertheorie ist in der Praxis ebenso ein Nachweis schwierig. Für diese Theorien sprechen prä- und perinatale Belastungsfaktoren. Hier ist insbesondere im Fall Tobias und Marc eine Nabelschnurumschlingung zu nennen. Im Fall Fabian beschrieb die Mutter einen kurzfristigen Zusammenbruch der Lebensfunktionen. Inwieweit diese Belastungsfaktoren zum Ausbruch, bzw. zur Disposition des ADHS geführt haben, bleibt zu diskutieren. Auffällig ist dem Autor, dass in vielen ADHS-Fällen in seiner Praxis diese Risikofaktoren zu beobachten sind.

Die dargestellten neuropsychologischen Modelle (vgl. Kap. II.2.3.) sind im Wesentlichen Problemfeldbeschreibungen, die aus der oben beschriebenen Ursachenhypothese erklärbar sind.

Psychosoziale Faktoren (vgl. Kap. II.2.4.) können, wenn eine (biologische) Präposition vorhanden ist, durchaus zum Ausbruch eines ADHS führen. Wie dargestellt, ist dem Autor kein Fall der Auffälligkeit ohne eine Beziehungsproblematik innerhalb der Familie, bzw. eine allgemeine emotionale Belastung bekannt.

In Kapitel IV.4. werden die Faktoren der Persönlichkeitsbildung beschrieben. Die Basis ist die Befriedigung der Bedürfnisse nach Liebe, Zuneigung und Anerkennung. Im Fall einer Kommunikationsstörung, also in einem Prozess des gegenseitigen Missverständnisses, kann sich ein Negativprozess entwickeln, der durch Bestätigungen von gegenseitigen Erwartungen eine Spirale in Gang setzt. Dieser Prozess wird in Kapitel III.3. beschrieben. Die Frustrationstoleranz sinkt und ein negatives Selbstbild, in deren Verlauf sich oppositionelle Verhaltensstörungen entwickeln können, entsteht. Wird dieser Prozess nicht durchbrochen, manifestiert sich eine Basis für aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen. In der Entwicklung der Negativspirale erlebt das Kind zunehmend, dass es die negativen Reaktionen der Umwelt nicht mehr beeinflussen kann. Es lernt handlungsunfähig zu sein (vgl. Kap. IV.4.).

1. Als eine Bestätigung dieser These kann folgender Zusammenhang gesehen werden, der in den Fallbeobachtungen immer wieder seine Bestätigung findet: Je problematischer und manifester die emotionalen, primär psycho-familiären Bedingungen sind, um so gravierender ist die Ausprägung des ADHS. Diese These führt zu dem Umkehrschluss: Je stabiler die emotionale Situation des Kindes wird, um so schwächer wird die ADHS-Problematik. Somit erhöht sich proportional die Bereitschaft zur Selbststeuerung (vgl. Kap. II.2.4.).

Dieser Zusammenhang wird in den Fallbeschreibungen deutlich. Im Fall Tobias ist die familiäre Situation geprägt von gegenseitigen massiven Spannungen und Ablehnungen. Dies führt soweit, dass Tobias sich in der Familie isoliert fühlt und diese fast auseinandergebrochen ist. Tobias zeigt massive aggressive Ausfälle bis hin zur Autoaggressivität. Sein ADHS-Verhalten ist extrem problematisch. Dieses Verhalten wird deutlich schwächer, nachdem seine Position in der Schule stabil wird und der Vater sich ihm wieder zuwendet. Die Ritalindosierung kann gesenkt werden. In der Beziehung zu seiner Mutter hat er sich zurückgezogen. Er macht die von ihr geforderten Arbeit, ist aber auch bei Sanktionen nicht wirklich betroffen. Er hat sich von der Mutter emotional zurückgezogen. Der Grund liegt offensichtlich darin, dass die Mutter kaum positive Gefühle ihrem Sohn gegenüber zeigt.

In abgeschwächter Form ist der Fall Michael zu betrachten. Die Mutter zeigt massive Ängste und Unsicherheiten. Dies führt zu einer anfänglichen Überbehütung. In ihrer emotionalen Unsicherheit, die gegenüber der Tochter nicht erkennbar ist, wird Michael ebenfalls unsicher und bemüht sich um Anerkennung und Zuneigung. Schließlich wird er der Mutter gegenüber aggressiv. Weiterhin fühlt er sich im Elternhaus und in der Schule häufig angegriffen. Sein Abwehrverhalten in Kombination der ADHS-Symptomatik führt dazu, dass er in der Familie und der Schule zunehmend isoliert wird. Hinzu kommt das Problem mit der Medikamentierung. In den Übergangsphasen vom Wochenende und Ferienende zur Schule zeigt er gravierende Ausprägungen in der Unruhe, Konzentration und Impulsivität. Die Mutter



hat in einer Gesprächstherapie ihre Unsicherheiten in der Beziehung zu Michael klären können. Dies führt zu einem klareren offenen Austausch zwischen beiden. Michael wird in seiner familiären Beziehung zu seiner Mutter und auch zu seiner jüngeren Schwester stabiler. Weiterhin ist er einem Fußballverein beigetreten und hat Freunde in der Umgebung gefunden. Seine motorische Unruhe, Impulsivität und auch die Konzentrationsprobleme haben nachgelassen. Neben der familiären Situation ist auch die schulische Situation entlastender. In der Schlussphase wird die ADHS-Problematik so schwach, dass die Ritalindosierung weiter reduziert werden soll.

Weiter abgeschwächt zeigt der Fall Fabian diese Zusammenhänge. Hier ist es ebenfalls die Mutter, die zwar in anders verursachter Ängstlichkeit und Unsicherheit reagiert, deren Folgen für das Kind aber sind ähnlich. Jedoch unterscheidet sich dieser Fall von dem Fall Michael, insoweit die Familienstruktur stabil und die Normen und Werte in der Familie klar sind. Problematisch ist jedoch, dass Anerkennung als Wert in Leistung gemessen wird, die Fabian kaum erfüllen kann. Hinzu kommen die kühlen und emotionslosen Reaktionen der Mutter. Auch hier führen die zwar klaren, aber kühlen Strukturen zur Mutter zur Fabian's Wut. Jedoch führt diese Problematik nicht zu einem gravierenden ADHS. Die Gründe liegen u. a. in seiner emotional relativ sicheren Beziehung zum Vater und seinen schulischen und fußballerischen Erfolge. Weiterhin hat er eine stabile positive Beziehung zu seiner Lehrerin. Diese Beziehungen geben ihm Halt und Sicherheit. Indem er auch oft draußen ist kann er sich austoben und seinen Bewegungsdrang und seine aufgestauten emotionalen Blockaden entladen. Als schließlich die emotionale Beziehung durch die Mutter wärmer und offener wird, wird er ruhiger und ausgeglichener.

In Fall Marc wird dieser Zusammenhang noch deutlicher. Marc zeigt massive ADHS-Auffälligkeiten. Unter anderem sind diese begründet in der Zerrissenheit des Kindes auf Grund der Trennung der Eltern und des Verhaltens seines leiblichen Vaters. Hinzu kommt, dass er durch die neue Partnerschaft der Mutter, die Geburt der Tochter mit dem neuen Partner und schließlich die neue Familiengründung und die Mutter emotional zerrissen ist. Erst als die Mutter sich ihm klar zuwendet und die neuen Familienstrukturen deutlicher und sicher werden, kann er sie annehmen und wird ruhiger. Das Ritalin wird schließlich abgesetzt.

2. Aus diesen Zusammenhängen leitet sich eine Entwicklungsförderung in einer ganzheitlichen und systemischen Sichtweise logisch ab (vgl. Kap. III.3., IV.4., und V.2.)

Neben den psycho-sozialen Zusammenhängen sind die Erfahrungen in den konkreten Förderstunden für das Kind grundlegend wichtig. Inwieweit diese Erfahrungen ermöglicht werden können, hängt unter anderem von den Rahmenbedingungen ab.

Für die Umsetzung eines verdeckten Therapieplanes (vgl. Kap. V.4.) ist die kindliche Bereitschaft und Motivation notwendig. Nur wenn Kinder wirklich motiviert sind in ihrem Tun, können sie sich ganz in ihr Spiel hineingeben. Gerade das Spiel in seinen

Facetten erlaubt dem Kind mit Grenzen zu experimentieren, um anschließend über sie hinwegzugehen. So lernt es seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch seine Grenzen kennen. Im motivierten Spiel erprobt es neue Verhaltensweisen, kann sich frei austoben und experimentieren in freien und unbelasteten Entscheidungs- und Erfahrungsräumen (vgl. Kap. IV.4.). Nur in dem Zusammenspiel zwischen einer verdeckten und einer offenen Förderbegleitung, also der Motivation und des Experimentes, gelingt schließlich durch die eigene Entscheidung des Kindes die Übertragung neuer Sichtweisen in den Alltag des Kindes.

In den Falldarstellungen wird weiterhin deutlich, dass die Notwendigkeit einer Turnhalle als Förderort besteht. In einem kleineren Bewegungsraum sind die Erfahrungsmöglichkeiten der Kinder deutlich eingeschränkt. Gerade das bewegungsunruhige Kind braucht die Weite des Raumes der Turnhalle und die Bewegungsmöglichkeiten, die eine Halle bietet.

Weiterhin ist der Tageszeitpunkt ein wesentlicher Faktor zum Gelingen der Förderung. In allen Fällen werden die Kinder in einer Phase gefördert, in der sie nicht mehr oder nur schwach unter der Wirkung des Medikamentes stehen (vgl. Kap. V. 3.). In dieser Phase spüren sie sich besonders stark und können so ihren basalen Bedürfnissen nachgehen. Gerade in der Aktualität der Problematik lernen die Kinder sich selbst kennen und schließlich sich zunehmend besser steuern.

Im Fall Tobias wird in der Förderungszusammensetzung anfangs die Notwendigkeit einer Einzelförderung notwendig. Nachdem sein Selbstbewusstsein relativ stabil war, kam der soziale Aspekt der Gruppe in seiner Förderung hinzu. In anderen Fällen war diese Planung nicht notwendig, da eine generelle Bereitschaft gemeinsam in der Gruppe zu agieren, vorhanden war.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Planung einer Entwicklungsförderung ist eine möglichst genaue Diagnostik (vgl. V.3.3.). Wesentliche Situationsbeschreibungen erhält der Therapeut aus dem gemeinsamen Gespräch mit den Eltern im Aufnahmegespräch. Weitere wichtige Daten werden in einem ersten Lehrergespräch erhoben. Motorische Auffälligkeiten werden in der Testdiagnostik vor der Aufnahme sichtbar. Im weiteren Verlauf ist die Beobachtungsdiagnostik, welche die Auffälligkeiten, aber auch die Fähigkeiten und Stärken des Kindes zeigt, ein wichtiges Medium. Erst in den folgenden Gesprächen mit den Eltern, der Schule und dem Kind, in einer Phase, in der sich zwischen dem Therapeuten und den einzelnen Ansprechpartnern eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln sollte, wird die reale Situation des Kindes sichtbar. Diese Entwicklung ist insbesondere im ausführlichen Fall Michael dargestellt. Wesentlicher Punkt dieser Phase ist das Erkennen der Kommunikationsprobleme und einer möglichen Negativspirale.

Zur ADHS-Problematik, wie in den Fällen aufgezeigt, wird an Hand der Skalen des ICD 10 bzw. des DSM IV die diagnostische Aussage eingegrenzt. Häufig sind die Kinder in anderen Institutionen getestet worden, sodass ein Vergleich möglich ist. Vertiefend zu diesen Aussagen kommen die Erkenntnisse aus der Beobachtungsdiagnostik, also das Verhalten in den Förderstunden, insbesondere in den Konzentrationsphasen und aus Hopitationen im Unterricht hinzu.

Aus diesen Informationen kann anfangs eine vorläufige und schließlich eine endgültige Diagnostik erstellt werden.

Ein wichtiges Medium in der konkreten Förderung ist, wie mehrfach erwähnt, das Spiel (vgl. Kap. III.4.). Wie aus dem psychomotorischen Ansatz bekannt, entspricht das Spiel der altersentsprechenden kindlichen Verarbeitungs- und Beschäftigungsform. Inwieweit das Kind sich auf ein Spiel einlassen bzw. sich hinein fühlen kann, hängt u.a. von der inneren Bereitschaft und den Vorerfahrungen ab. Tobias war es zu Beginn nicht möglich, sich auf ein Spiel einzulassen, weil sein Bewegungsdrang, getrieben von einer starken inneren Unruhe und Stimulussuche, sehr massiv war. Erst als er sich ausgetobt und seinen Reizhunger befriedigt hatte, sowie Vertrauen spürte, konnte er sich auf ein Spiel einlassen. Grundsätzlich jedoch ist die Motivation zum Spielen und die Motivation zum Spiel in einer konkreten Situation der entscheidende Faktor, der ein Gelingen ermöglicht. In der Darstellung dieser Entwicklung wird auf die Falldarstellungen, insbesondere auf den Fall Michael, verwiesen.

An dieser Stelle wird auch auf die Diskussionen innerhalb der Psychomotorik hingewiesen (vgl. Kap. V.2.2.). In einer kindzentrierten psychomotorischen Entwicklungsförderung (vgl. R. Zimmer, 2000<sup>2</sup>) sind in der Praxis durch die Spielformentscheidungen des Kindes in seinen freien Handlungs- und Entscheidungsräumen das „Symbolische Spiel“ aus der „Verstehenden Psychomotorik“ und die (indirekte) Kooperation zwischen dem Therapeuten und dem Kind aus dem „Systemisch-konstruktivistischer Ansatz“ enthalten. So verarbeitet Marc den Tod des Urgroßvaters und vielleicht auch die potentielle Trennung zum leiblichen Vater durch Rollenspiele. In dem vorgeschlagenen Modell einer ganzheitlich-systemischen Entwicklungsbegleitung zeigt der Therapeut in den Entscheidungsphasen des Kindes unter Umständen verschiedene Möglichkeiten auf, verbal oder durch Angebote, und unterstützt das Kind nach seiner Entscheidung in seinem Entschluss.

Neben dem Experimentieren mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, den Grenzerfahrungen und einfach auch dem Spaß an der Bewegung kommt dem sozialen Aspekt eine wichtige Funktion zu. Da Kommunikationsstörungen vom Wesen her Probleme in der gegenseitigen Bewertung von sozialen Handlungsmustern darstellen, kommt dem Experimentieren des Kindes im sozialen Feld eine grundlegende Bedeutung zu. Hier kann das Kind neue Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen erproben (Probehandeln) und eine gelernte Hilflosigkeit (Stigmatisierung und Pathologisierung) durch Annahme und Zuneigung überwinden.

In den Fällen wurde dargestellt, wie die Kinder auf der Grundlage der kindzentrierten Entwicklungsförderung, einen ihnen gemäßen Rahmen gefunden haben, in dem sie experimentieren und hochmotiviert neue Verhaltensweisen und Erfahrungen machen können. Der Grad der Motivation zum Spiel und die Übertragung neuer Erfahrungen in andere Lebensbereiche zeigt die Effektivität und damit den kindgerechten Zugang in der Bewältigung von Kommunikationsstörungen und dem Aufbau eines positiven Selbstwertes.

Im Bereich der konkreten ADHS-Intervention ist, wie oben beschrieben, auf den Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen und emotionaler Belastung, primär in der Familie, hingewiesen worden. In der basalen Förderung ist in den Falldarstellungen die Notwendigkeit des Austobens zum Ausdruck gekommen, in dem die Kinder ihrem Bewegungsdrang unzensiert und der Befriedigung des groben Reizhungers ausleben können. Erst dann ist eine Bereitschaft zum Sitzkreis möglich.

Im gemeinsamen Planen lernten die Kinder nicht impulsiv erste Idee umzusetzen, sondern diese mit den anderen Kindern zu besprechen und die Ausführung konkreter zu planen. Diese Phase entspricht der fünften Stufe in dem ADHS-Therapievorschlag von Kiphard (vgl. Kap. II.3.5.4.). Indirekt wird hier die Formel von Frostig: STOP-SCHAU-HÖRE-DENKE in der Überwindung der mangelnden Inhibitionskontrolle und metakognitiven Handlungsstrukturierung der Kinder umgesetzt. Die zunehmende Fähigkeit der Kinder, ruhiger zu werden und sich intensiver auf ein planerisches Gespräch einzulassen, wie in den Fallbeschreibungen dargestellt, zeigt die Effektivität dieser Methode. Jedoch ist der Erfolg immer abhängig von den oben dargestellten Faktoren (emotionale Situation des Kindes, begleitende Konzentrationsübungen, Möglichkeit des Tobens u.ä.). Als isolierte, klinische Methode lassen sich kaum langfristige Erfolge erzielen (vgl. Kap. III.1.). Die Basis des Erfolges ist immer die innere Bereitschaft und die eigene Entscheidung des Kindes zu dieser Methode.

Diese Gespräche finden in einem Rahmen der Konzentration statt. Nicht nur in dieser Vorgehensweise, sondern in vielen Phasen des Spiels üben die Kinder ihre Fähigkeit zur Konzentration. Dies geschieht explizit auch in den eingebauten Tischspielen zur Konzentration, die in den Fallbeispielen immer wieder erwähnt werden. Auch hier hängt der Erfolg von der Bereitschaft und der Motivation des Kindes ab. Diese Bereitschaft wiederum hängt von der Fähigkeit des Kindes, sich zu öffnen, ab. Die Voraussetzungen hierzu wurden oben diskutiert.

Ausgehend von einer biologisch-kortekalen Ursachenhypothese, von der die medikamentöse Therapie ausgeht, kann parallel oder in schwächeren Ausprägungen der ADHS-Indikatoren, die Methode der „Sensorischen Integration“ (vgl. Kap. II.3.5.3.) angewendet werden. Die Befriedigung der basalen Stimulussuche scheint einen Prozess der Selbststeuerung der zentralen kortikalen Aktivierung anzuregen. Die basalen Stimuli, die in den Fällen aufgezeigt wurden (Fall Tobias, Marc und Michael) sind insbesondere Rotationsimpulse und die Tiefenwahrnehmung durch Auflegen von schweren Matten, Säckchen u.ä.. Die Kinder laufen zu Beginn der Stunde umher, klettern und springen schließlich hinunter. Sie lassen einen Aufbau, wie im Fall Marc, so zusammenbrechen, dass sie von schweren Matten begraben werden. Diese Reize werden intensiv genossen. In der weiteren Phase, oft wenn vestibuläre Anfangsprobleme überwunden sind, beginnen die Kinder intensiv zu schaukeln oder auf dem Trampolin zu springen. In dieser Phasen gehen die Kinder oft an den Rand der Erschöpfung, sodass sie anschließend in einer tiefen Entspannung in sich hinein fühlen können. Dieser Prozess wurde in den einzelnen Fallbeschreibungen dargestellt. Schließlich beruhigen sich die Kinder in der Absättigungsphase. Der basale Reizhunger ist überwunden. Die Kinder bauen oft Höhlen, Buden und benutzen die Schaukel und andere Geräte als Hilfsmittel zur tiefen Entspannung. Diese Prozesse lassen sich empirisch immer wieder

beschreiben. Viele Kinder zeigen ähnliche Entwicklungsverläufe. Wenn sie entsprechende Möglichkeiten und Angebote erhalten, zeigen sie im Ergebnis oft eine Beruhigung und eine zunehmende Bereitschaft, sich für andere Angebote und Spielideen zu öffnen.

Jedoch hängt auch hier der Erfolg im Zusammenspiel der Entwicklung der unterschiedlichen Wahrnehmungsbereiche und der Öffnung und zunehmende Annahme des Kindes in den einzelnen Lebensbereichen ab. Eine ganzheitlich-systemische Entwicklung ermöglicht eben in der selbigen Entwicklungsbegleitung eine Hilfe zur Selbsthilfe, einen dauerhaften Selbstheilungsprozess.

## **V. Ausblick**

In der Evaluation der Langzeituntersuchung war eine rein objektive Effektivitätskontrolle kaum möglich. Generell sind objektive Effektivitätskontrollen in psychomotorischen Fördermaßnahmen schwierig. Schon Zimmer (1999, 135) weist auf dieses Problem hin und führt folgende Gründe an:

- „1. Die von der psychomotorischen Förderung erwarteten Veränderungen und Einflüsse sind so vielschichtig, daß ein klar beschreibbarer Ausschnitt der Veränderungsmerkmale nur schwer ausgewählt werden kann.
2. Bewegung ist zwar das hauptsächliche Medium, es kommen jedoch auch noch andere Einflußgrößen zur Wirkung, so z.B. die Gruppe und die Beziehung zu dem Pädagogen. Bewegungsangebote sind nicht zu trennen von den Einflußgrößen, *was* letztlich wirkt, ist daher nicht ohne weiteres herauszufiltern.
3. Veränderungsprozesse der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten können noch am ehesten erfaßt werden, da für sie standardisierte Meßverfahren zur Verfügung stehen (z.B. MOT 4-6, KTK). Dagegen mangelt es an Instrumenten zur Erfassung anderer wesentlicher Bereiche wie dem Sozialverhalten oder dem Selbstkonzept, der Sprachentwicklung oder der Konzentration. Hier sind kaum wissenschaftlich abgesicherte Erhebungsinstrumente verfügbar, die für Veränderungsmessungen eingesetzt werden könnten.“

Die Veränderungen in der Konzentration, der motorischen Unruhe, der Impulsivität und des Selbstkonzeptes können nachhaltig nur durch die Beobachtungsdiagnostik evaluiert werden. In diesem Zusammenhang werden häufiger Fragebogen als Instrument eingesetzt. Da die Beurteilung letztlich ebenso auf subjektiven Aussagen beruhen, ist eine objektive Effektivitätsmessung schwierig.

In der Beobachtungsdiagnostik könnte durch Hinzuziehung einer dritten Person die Objektivität erhöht werden. Tatsächlich ist eine kontinuierliche Begleitung dieses Prozesses über durchschnittlich 24 Monate durch einen unabhängigen Beobachter kaum möglich. Weiterhin problematisch ist, das die Anwesenheit dieser neutralen Person die therapeutische Situation beeinflusst.

Schließlich ist jeder Fall individuell sehr verschieden. Die jeweilige Ausgangslage und die Veränderungsprozesse sind jeweils stark einzelfallbezogen.

Trotzdem sind die individuellen Befunde im Verlauf der Begleitung durch die Beobachtung der Eltern, der Lehrerin oder Erzieherin immer wieder deutlich. Dieser Ansatz ermöglicht dem Kind im Verlauf der Förderung die „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Inwieweit dieses, in der Praxis erprobte, Modell einer ganzheitlich-systemischen Entwicklungsbegleitung in Kreisen und Bundesländern umgesetzt werden kann, hängt von den Finanzierungsmöglichkeiten, bzw. der Auslegung des Bundeshilfegesetzes zur Eingliederung von Kindern und Jugendlichen, die von seelischer Behinderung bedroht sind (§ 35 des BHGS's) ab. Diese Massnahmen sind Einzelfalleingliederungen und müssen durch die Kommunen entsprechend bezahlt werden. In den Fällen, in denen psychomotorische Vereine und Praxen diese Möglichkeit nicht haben, sind sie gezwungen nach dem „Gießkannenprinzip“ in großen Gruppen zu arbeiten. Ob sich diese Art der Förderung für Kinder, die hier vorgestellt wurden, eignet, ist zumindest fraglich.

Ein weiteres Problem ist, möglichst wohnortnah, in einer Turnhalle zu arbeiten. Hier stehen die Vertrautheit der Einrichtung für das Kind und der soziale Aspekt in der Gruppenförderung im Vordergrund. Häufig sind die Hallen am Nachmittag von Vereinen ausgelastet. Wenn jedoch ein Kind einer Schule einen festgestellten Förderbedarf hat, hilft oft ein Gespräch mit dem zuständigen Hausmeister oder für die Vormittagsstunden mit der Schulleiterin. Die Feststellung eines Förderbedarfes wird in der Regel durch die Untersuchung eines Psychiaters eingeleitet.

Ein weiterer Aspekt für die Umsetzung dieses Modells ist die Ausbildung der behandelnden Therapeuten. Eine Grundausbildung als Pädagoge oder Psychologe ist sicherlich zwingend notwendig. Hinzu muss eine Ausbildung in der psychomotorischen Therapie und der sensorischen Integration (SI) vorausgesetzt werden. Diese Bedingungen erfüllen Motologen, wenn Erfahrungen in der Therapie und SI vorliegen oder in gewisser Weise auch Motopäden bei entsprechender Grundausbildung. Eine weitere Ausbildung, oder zumindest fundierte Weiterbildungen im Bereich systemische Familientherapie sind zwingend.

Auf der wissenschaftlichen Ebene war es dem Autor ein wichtiges Ziel, traditionelle Denkstrukturen innerhalb der einzelnen Wissenschaften aufzubrechen und einen Perspektivenwechsel anzuregen. Um Handlungsweisen des Menschen wirklich verstehen zu können, ist es, neben der Fähigkeit zur Empathie, notwendig, den Fokus von der Außensicht des Wissenschaftlers oder des Behandlers zur Innensicht des Kindes zu lenken. Nur wenn die emotionale und damit die psychische Situation des Kindes verstanden wird, können die notwendigen Bedingungen zu einer grundlegenden und dauerhaften Hilfe zur Selbsthilfe geschaffen werden.

Dieser Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese findet in dem pädagogischen Ansatz zur Persönlichkeitsentwicklung von R. Zimmer (1999) statt, und auch in psychologischen Arbeiten z. Bsp. bei A. Flammer (1999<sup>2</sup>) oder in dem Aufsatz von P. Fiedler (2002).

Die Salutogenese sieht den Menschen in seiner Ganzheit, als ein System, das durch sich selbst wieder gesund werden kann, wenn freie Handlungs- und Erfahrungsräume geschaffen werden. Nur der Mensch, der auf seinem Lebensweg selbst entscheiden kann und darin ernst genommen wird, findet zu einer gesunden und stabilen Persönlichkeit.

## LITERATURVERZEICHNIS

- AMIRPOUR, K., HEIMANN, K.: Hyperkinetisches Syndrom und therapeutische Möglichkeiten. In: *Der Kinderarzt*, 23/12, (1992), 2045-2051
- ANDERSON, J., WILLIAMS, S., MC GEE, R., SILVA, P.: DSM-III disorders in preadolescent children. In: *Arch Gen Psychiat* 44, (1987), 69-76
- AUGUST, G. A., STEWART, M. A., HOLMES, C. S.: A four-years follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. In: *British Journal of Psychiatry*, 143, (1983), 192-198
- AUST-CLAUS, E., HAMMER, P.-M.: *Das ADS-Buch. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer*. Ratingen: Oberstebrink-Verl., 1999
- AYRES, A. J.: *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, Barcelona, Budapest: Springer, 1984
- BACON, F.: *New Atlantis*. In: Ellis, R.L., Heath, D.D. & Spedding, J. (Hrsg.): *The Works of Francis Bacon*. Vol. I., III., London 1857-1874
- BALGO, R.: *Bewegung und Wahrnehmung als System. Systemisch-konstruktivistische Positionen in der Psychomotorik*. Schorndorf, 1998
- BALGO, R.: Wir sehen mit unseren Atmen und Beinen. Die Einheit der Bewegung und Wahrnehmung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. In: *Praxis der Psychomotorik*, 24/1, (1999), 4-13
- BARKHAUS, A. et al (Hrsg.): *Identität, Leiblichkeit, Normalität*. Frankfurt: Suhrkamp, 1996
- BARKLEY, R.A.: The problem of stimulus control and rulegoverned behavior in attention deficit disorder with hyperactivity. In: Bloomingdale, L.M., Swanson, J.M. (Eds): *Attention deficit disorder. Volume IV*, Oxford: Pergamon, (1989), 203-234
- BARKLEY, R.A.: *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford, 1990
- BARKLEY, R.A., FISCHER, M., EDELBROCK, C. S., SMALLISH, L.: The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-years prospective follow-up study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, (1990), 546-557
- BAUMGAERTEL, A., WOLRAICH, M., DIETRICH, M.: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, (1995), 629-638



- BENDER, L., COTTINGTON, F.: The use of amphetamine sulfate (Benzedrine). In child psychiatry. American Journal of Psychiatry, 99, (1942), 116-121
- BERGER, E.: Minimale Cerebrale Dysfunktion bei Kindern. Bern: Huber, 1977
- BIEDERMAN, J., et al.: Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. In: Archives of General Psychiatry 49, (1992), 728-738
- BIEDERMAN, J., et al.: High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder. A pilot study. In: American Journal of Psychiatry 152, (1995), 431-435
- BIRD, H. R. et al.: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. In: Arch Gen Psychiat 45, (1988), 1120-1126
- BLANK, R.: Diätische Maßnahmen bei hyperaktiven Kinder. In: Frühförderung Interdisziplinär 9/4, (1990), 171-175
- BLANK, R.: Der Einfluß einer oligoantigenen Diät auf das Verhalten von hyperkinetischen Kindern. In: Z. Kinder-Jugendpsychiat., 24, (1996), 176-183
- BRADLEY, C.: The behavior of children receiving Benzedrin. American Journal of Psychiatry 94, (1937), 577-585
- BRAMBRING, M., TRÖSTER, H.: Das Spielverhalten blinder und sehender Kinder. Stand der Forschung. In: Heilpädagogische Forschung. XVII, 3, 1991
- BRECHT, B.: Schlechte Zeit für Lyrik. In: BRECHT, B.: Große kommentierte Berliner und Frankfurter Ausgabe, Bd. 30, Prosa, Suhrkamp, 1988
- BRENNER, A.: A study of the efficacy of the Feingold diet on hyperkinetic children. Clinical Pediatrics 16, (1977), 652
- BREUER, D., DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46, (1997), 582-596
- BRÜHL, B., DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G.: Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. In: Kindheit und Entwicklung 9, (2000), 115-125
- CALLIES, E.: Spielen: Ein didaktisches Instrument für soziales Lernen in der Schule?. In: Die Grundschule 8, (1975), 7-11
- CAMPBELL, S.B.: Behavior problems in preschool children. Guilford, 1990
- CARDENAS, B.: Diagnostik mit Piffingunde. Das Kind gemäße Verfahren zur Beobachtung von Wahrnehmung und Motorik bei Kindern von 5-8 Jahren. Dortmund: Vlg. modernes lernen, Borgmann, 2000<sup>7</sup>

- COHNEN, N. J., WEISS, G., MINDE, K.: Cognitive styles in adolescents previously diagnosed as hyperactive. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 13, (1972), 203-209
- COOK, P. S., WOODHILL, I. M.: The Feingold dietary treatment of the hyperkinetic syndrome. Medical Journal of Australia 2, (1976), 85
- COOK, W.: Can your child read? Is he hyperactive? Jackson, Tennessee/USA: Pedicenter Press, (1975)
- CZERNY, A.: Das schwererziehbare Kind. In: Jahrb. d. Kinderheilk. u. phys. Erziehg., 85, der dritten Folge 35. Band, (1917)
- CZERWENKA, K.: Unkonzentriertheit, aggressiv und hyperaktiv. Wer kann helfen? In: Z. f. Päd., 39, 5, (1993), 721-744
- CZERWENKA, K.(Hrsg.): Das hyperaktive Kind. Ursachenforschung – Pädagogische Ansätze – Didaktische Konzepte. Weinheim und Basel: Beltz Verlag , 1994
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber, 1991
- DILLING; H. MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Bern: Huber, 1994
- DÖPFNER, M., SATTEL,: Verhaltenstherapeutische Intervention bei hyperkinetische Störungen im Vorschulalter. In: Z. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 19/4, (1991), 254-262
- DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G.: Prävention im Kindergarten. In: Münchener med. Wochenschrift 136/9, (1994), 16-20
- DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G., ROTH, G.: Kombinationstherapien. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie 5/2, (1996), 118-124
- DÖPFNER, M., SCHÜRMANN, S., FRÖLICH, J.: Therapie Programm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1998
- DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G.: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ9). Bern: Huber, 1998
- DÖPFNER, M., FRÖLICH, J., LEMKUHL, G.: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe , 2000

- DOUGLAS, V.: Treatment and training approaches to hyperactivity. Establishing internal or external control. In: WAHLEN, C.K., HENKER, B. (Eds.): Hyperactive children. The social ecology of identification and treatment. New York: Academic Press, (1980), 283-318
- DOUGLAS, V.: Can Skinnerian theory explain attention disorder? – A reply to Barkley. In: BLOOMINGDALE, L.M., SWANSON, J.M. (Eds): Attention deficit disorder. Volume IV, Oxford: Pergamon, (1989), 235-254
- DROLL, W.: Neuropsychologische und neuropsychologische Aspekte bei ADD. In: Skrodzki, K., Mertens, K. (Hrsg): Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen. Dortmund: borgmann publishing, (2000), 123-143
- DUHEM, P.: Ziel und Struktur der physikalischen Theorie. Hamburg 1978
- EDELBROCK, C.S., RENDE, R., PLOMIN, R., THOMPSON, L.: A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, (1995), 775-786
- EGGER, J. et al.: Controlled trial of oligoantigenic treatment in the hyperkinetic syndrome. In: Lancet 1, (1985), 540
- EGGER, J.: Das hyperaktive Syndrom: Ätiologie, Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Ernährung. In: BAERLOCHER et al. (Hrsg.): Ernährung und Verhalten, Thieme Verlag, (1991), 83-91
- EGGERT, D.: DIAS – Diagnostische Inventar auditiver Alltagshandlungen. Dortmund: borgmann, 1992
- EGGERT, D.: DMB – Diagnostische Inventar motorischer Basiskompetenzen bei lern- und entwicklungsauffälligen Kindern im Grundschulalter. Dortmund: borgmann, 1993
- EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Textband und Arbeitsbuch. Dortmund: borgmann, 1994
- EICHLSEDER, W.: Psychopathologische Hintergründe des hyperkinetischen Syndroms. In: Der Kinderarzt 18/9, (1987a), 1178-1189
- EICHLSEDER, W.: Die Behandlung des hyperkinetischen Kindes. In: Der Kinderarzt 18/10, (1987b), 1370-1376
- EISERT, H. G.: Hyperkinetische Störungen. In: STRINHAUSEN, H.-C.: Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz, (1993), 131-159
- ELLIGER, T.J.: Methylphenidat – Aktuelle Verordnungszahlen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 19/4, (1991), 268-271

- ELLIS, A.: Die Rational – Emotive – Therapie. München: Pfeifer, 1982
- ERIKSON, E. H.: Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2000<sup>8</sup>
- FEINGOLD, B. F.: Why your child is hyperactive. New York (Random House), 1975
- FIEDLER, P.: Zur Psychologie der Persönlichkeit – Von der Pathogenese zur Salutogenese in der Persönlichkeitsforschung. In: Persönlichkeitsstörungen 3, (2002), 141-154
- FLAMMER, A.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1999
- FILIPP, S.-H., FREY, D.: Das Selbst. In: IMMELMANN et al. (Hrsg.): Psychiobiologie. München: G. Fischer/Psychologie Verlagsunion, (1988), 415-454
- FISCHER, E.: Wahrnehmungsförderung. Handeln und sinnliche Erkenntnis bei Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Borgmann, 1998
- FISCHER, K.: Entwicklungstheoretische Perspektiven der Motologie des Kindesalter. Schorndorf: Hofmann, 1996b
- FISCHER, K.: Körpererfahrungen und Identität als Grundbegriff der Psychomotorik. In: Motorik, 19/3, (1996a), 102-105
- FISCHER, M., BARKLEY, R. A., EDELBROCK, C. S., SMALLISH, L.: The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by reasearch criteria. Academic, attentional, and neuropsychological status. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 58, (1990), 580-588
- FISCHER, M. BARKLEY, R. A., FLETCHER, K. E., SMALLISH, L.: The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32, (1993), 324-332
- FREY, H.-P., HAUSER, K.: Entwicklungslinien sozialwissenschaftlicher Identitätsforschung. In: FREY, H.-P. (Hrsg.): Identität: Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschungen. Stuttgart: Enke, (1987), 3-35
- FRÖLICH, J.: Frühe Interventionen bei hyperkinetischem Problemverhalten. In: Praxis der Psychomotorik, Jg. 25/4, (2000), 212-219
- GILIS, J.J., GILGER, J.W., PENNINGTON, B.K., DEFRIES, J.C.: Attention deficit disorder in readingdisabled twins. Evidence for a genetic etiology. In: Journal of Abnormal Child Psychology 20, (1992), 303-315
- GITTELMAN, R., MANNUZZA, S., SHENKER, R., BONAGURA, N.: Hyperactive boys almost grown up: I. psychiatric status. In: Archives of General Psychiatry 42, (1985), 937-947

- GLADTKE, E.: „Phosphatüberempfindlichkeit?“ – Fragen aus der Praxis. In: Deutsche Medizinische Wochenschau 194, (1979), 1554
- GOFFMAN, E.: Stigma. Frankfurt/M., 1975
- GROSS, M. D.: Effect of sucrose on hyperactive children. In: Pediatrics 74, (1984), 876
- HAAS, R.: Entwicklung und Bewegung. Schorndorf: Hofmann, 1999
- HAFER, H.: Nahrungsphosphat als Ursache für Verhaltensstörungen und Jugendkriminalität. Heidelberg: Kriminalistik Verlag, 1978
- HAMMER, R.: Das Ungeheuer von Loch Ness. Fallbeschreibung eines aggressiven Kindes. In: Motorik 15, (1992), 241-248
- HAUSSER, K.: Identitätsentwicklung – vom Phasenuniversalismus zur Erfahrungsverarbeitung. In: KEUPP, H., HÖFER, R. (Hrsg.): Identitätsarbeit heute. Frankfurt a.M.: (1997), 120-134
- HECHTMAN, L., WEISS, G., PERLMAN, T.: Hyperaktives as young adults: Past and current substance abuse and antisocial behavior. In: American Journal of Orthopsychiatry 54, (1984), 415-425
- HECHTMAN, L., WEISS, G. : Controlled prospective fifteen year follow-up of hyperactives as adults: non-medical drug abuse and antisocial behavior. In: Canadian Journal of Psychiatry, 31, (1986), 557-567
- HECHTMAN, L.: Genetic and neurobiological aspects of attention deficit hyperactivity disorder: A review. In: J. Psychiatry Neuroci 19, (1994), 193-201
- HÖNSCH, I., SCHMIDT, M.H.: Das kinderpsychiatrisch auffällige Kind. In: Münch. Med. Wschr. 139, (1997), 133-137
- HOFFMANN, J.: Der Struwwelpeter. Frankfurt, 1848
- HOFFMANN, J.: Adolf der Renner. In: Besuch bei Frau Sonne. Lustige Geschichten und drollige Bilder. 1871/72. Neuauflage: Freiburg 1964
- HOHMAN, L. B.: Postencephalitic Behavior Disorders in Children. In: John Hopkins Hospital Bulletin 380, (1922), 372-375
- HOPKINS, J., PERLMAN, T., HECHTMAN, L., WEISS, G.: Cognitive style in adults originally diagnosed as hyperactives. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry 20, (1979), 209-216

- HOY, E. WEISS, G., MINDE, K., COHEN, N.: The hyperactive child at adolescence: cognitive, emotional and social functioning. In: Journal of Abnormal Child Psychology 6, (1978), 311-324
- HUBER, J., KRAINZ, E.E.: Identität. In: GRUBITZSCH, REXILIUS (Hrsg.): Psychologische Grundbegriffe. Reinbeck bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie (1987), 474-478
- HÜNNEKENS, H./KIPARD, E. J.: Bewegung heilt. Gütersloh, 1960
- HUESSY, H., METOYER, M., TOWNSEND, M.: 8-10 year follow-up of children treated in rural Vermont for behavior disorder. In: American Journal of Orthopsychiatry 43, (1973), 236-238
- JÄCKEL, B.: Kinder orientieren sich. Dortmund: bormann, 1999
- JENSEN, P. S.SHERVETTE, R. E., XENAKIS, S. N. & RICHTERS, J.: Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity. New findings. In: American Journal of Psychiatry 150, (1993), 1203-1909
- JENSEN, P. S.; MARTIN, D. & CANTWELL, D. P.: Comorbidity in ADHD. Implications for research, practice and DSM.V. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36, (1997), 1065-1079
- JETTER, K.: Hyperaktive Kinder – Kinder im Chaos? In: Behinderte 5, (1993), 5- 17
- KANT, I.: Gesammelte Schriften. Von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften (später: Preußische Akademie der Wissenschaften, Deutsche Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften der DDR), Berlin, 1902
- KASHANI, J. H. et al.: Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. In: Amer. J. Psychiat 144, (1987), 584-589
- KELLER, H.: Kontinuität und Entwicklung. In: Handbuch der Kleinkindforschung. Bern Göttingen, Toronto, Seattle: Huber; (1997), 235-250
- KINZE, W.: Zum Stand der Diskussion um die medikamentöse Behandlung hyperkinetischer Kinder. In: CZERWENKA, K. (Hrsg.): Das hyperaktive Kind. Ursachenforschung, pädagogische Ansätze, didaktische Konzepte. Weinheim: Belz, (1994), 101-113
- KIPHARD, E.J., HÜNNEKENS, H.: Bewegung heilt. Gütersloh, 1960
- KIPHARD, E. J.: Motopädagogik. Dortmund: Verlag modernes Lernen, 1980

- KIPHARD, E. J.: Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht. In: PASSOLD, M. (Hrsg.), Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. München, Basel: E. Reinhardt, (1993), 64-85
- KNÖLKER, U.: Hyperkinetisches Syndrom bei Kindern. Diagnose und Therapie. In: Münchener med. Wochenschrift 131/45, (1989), 841-844
- KRAINZ, H., HUBER, J.: Identität. In: GRUBITZSCH, S., Rexilius, G. (Hrsg.): Psychologisch Grundbegriffe. Reinbeck bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie, 1987
- KRAUSE, K.-H., KRAUSE, J., TROTT, G.-E.: Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. In: Nervenarzt 69, (1998), 543-556
- KROWATSCHEK, D.: Überaktive Kinder im Unterricht. Dortmund: borgmann, 1996
- KRÜGER, L.: Wissenschaftliche Disziplin oder Interdisziplinarität? In: Einheit der Wissenschaften: internationales Kolloquium der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Bonn, 25.-27. Juni 1990. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Forschungsbericht 4, Berlin, New York: de Gruyter (1991), 111-127
- KUHN; T. S.: Anmerkungen zu Lakatos. In: DIEDERICH, W. (Hrsg.): Theorien der Wissenschaftsgeschichte. Frankfurt a.M.: 1974
- KUHN, T. S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a.M.: 1976
- LAMBERT, N. M., HARTSOUGH, C. S., SASSONE, D., SANDOVAL, J.: Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. In: American Journal of Orthopsychiatry 57, (1987), 22-32
- LAMBERT, N. M.: Adolescent outcomes for hyperactive children. In: American Psychologist 43, (1988), 789-799
- LAUFER, M. und DENHOFF, E.: Hyperkinetic impulse disorder in children. J. Pediat. 50 (1957), 463-474
- LAUTH, G. W., LINDERKAMP, F.: Diagnose und Therapie bei Aufmerksamkeitsstörungen. In: STEINHAUSEN (Hrsg.): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, (1995), 136-163
- LAUTH, G. H., SCHLOTTKE: Training mit aufmerksamgestörten Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags-Union, 1995

- LAUTH, G. H.: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Kinderpsychologie 5/2, (1996), 74
- LAUTH, G. W., NAUMANN, K., ROGGENKAMPER, A., HEINE, A.: Verhaltensmedizinische Indikation und Evaluation einer kognitiv-behavioralen Therapie mit aufmerksamkeitsgestörten / hyperaktiven Kindern. In: LAUTH, G. W. et al: Kognitiv-behaviorale Therapie mit hyperaktiven Kindern. Bern: Huber, (1996), 164-175
- LEHMKUHL, G., DÖPFNER, M. et al.: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – Ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26, (1998), 83-96
- LEMPPE, R.: Frühkindliche Hirnschädigungen und Neurosen. Bern/Stuttgart, 1964
- LIEGL, U., MARTINIUS, J.: Zur Unschärfe der Diagnose „Hyperkinetisches Syndrom“ und zu den praktischen Konsequenzen. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 19/4, (1991), 263-268
- LÜPKE, v.: Der Zappelphilipp, Bemerkungen zum hyperkinetischen Kind. In: Behinderte 2 (1991), 41-54
- LÜPKE, H., v.: „Kinder, die nicht tun, was sie können“ – Motorische Entwicklungsverzögerung unter psychodynamischen Aspekten. In: HÖLTER, G. (Hg.): Bewegung und Therapie. Dortmund: Verlag modernes Lernen (1996), 24-32
- LÜPKE, v., H., VOß, R. (Hg.): Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1997
- LÜPKE, v., H.: Das Spiel mit der Identität als lebenslanger Entwicklungsprozeß. In: LÜPKE, v., E., VOß, R.: Entwicklung im Netzwerk. Systemisches Denken und professionsübergreifendes Handeln in der Entwicklungsförderung. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, (1997), 82-94
- LÜPKE, v., H.: Identität als wechselseitiger Prozeß von Anfang an. In: Motorik 23/3, (2000), 108-112
- LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, (1991), 158-166
- MANNUZZA, S., GITTELMAN, R.: The adolescent outcome of hyperactive girls. In: Psychiatry Research 13, (1984), 19-29



- MANNUZZA, S., KLEIN, R. G., KONIG, P. H., GIAMPINO, T. L.: Hyperactive boys almost grown up: IV. criminality and its relationship to psychiatric status. In: Archives of General Psychiatry 46, (1989), 1073-1079
- MANNUZZA, S., KLEIN, R. G., BONAGURA, N., MALLOY, P., GIAMPINO, T. L., ADDALLI, K. A.: Hyperactive boys almost grown up: V. replication of psychiatric status. In: Archives of General Psychiatry 48, (1991), 77-83
- MARTINIUS, J.: Stimulanzien. In: NISSEN, G. EGGERS, Ch., MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis. Berlin-Heidelberg-New York-Tokio: Springer Verlag, (1984), 84-105
- MARTINIUS, J., BLÄKER, F.: Offizielle Erklärung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Anwendung von Psychopharmaka bei Kindern. Zur Verschreibung von Stimulanzien bei Kindern. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, (1986), 136
- MEICHENBAUM; D.H., GOODMAN, J.: Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. In: Journal of Abnormal Children Psychology 77, (1971), 115-129
- MEWE, E.: Pädagogische und heilpädagogische Maßnahmen und Soziotherapie. In: REMSCHMIDT, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart, New York: Thieme Vlg., 1997
- MINDE, Webb, G., Sykes, D.: Studies on the hyperactive child. IV: Prenatal and paranatal factors associated with hyperactivity. Developmental Medicine and Child Neurology 10, (1968), 355
- MINDE, H.: Hyperaktives Syndrom (Hyperkinetisches, hypermotorisches Syndrom). In: REMSCHEID, H., SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band III: Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen, Stuttgart-New York: Thieme, (1985), 1-18
- MOFFIT, T. E.: Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys developmental trajectories from age 3 in age 15. In: Child Development 61, (1990), 893-910
- MORRISON, J. L., STEWART, M. A.: A famili study of the hyperactive child-syndrom. In: Biological Psychiatry 3, (1971), 189
- MTA Cooperativ Group: A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit / hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry 56, (1999), 1073-1086
- MÜLLER, G. F., MOSKAU, G.: Elterntraining: Familienleben als Lernprozeß. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1978

- NAUMANN, K.: Verlaufsuntersuchungen und kovariierende Störungsbilder. In: Kindheit und Entwicklung 5, (1996), 93-99
- NAUMANN, K.: Multimodale Therapie und deren Evaluation bei Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen. In: Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: borgmann publishing, (2000), 211-220
- NEUHÄUSER, G.: Bemerkungen zur medikamentösen Therapie hyperaktiven Verhaltens im Kindesalter. In: Haltung und Bewegung 2, (1989), 13-14
- NEUHAUS, C.: Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag, 1996
- NEUHAUS, C.: Das funktionelle Verstehen der Symptomatik Hyperaktivität – Notwendigkeit eines multimodalen Behandlungsansatzes? In: SKRODZKI, K., MERTENS, K. (Hrsg.): Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?. Dortmund: borgmann publishing, (2000), 187-211
- NICKEL, H.: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981
- OEHLER, K. U.: Das hyperkinetische Kind im Vorschulalter, In: Frühförderung interdisziplinär 9; (1990), 145-152
- OFFORD, D.R., et al.: Ontario Child Health Study II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization. In: Arch Gen Psychiat 44, (1987), 832-836
- ORNSTEIN; R., THOMPSON, R.F.: Unser Gehirn: das lebendige Labyrinth. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 1986
- PIACENTINI, J., SHAFFER, D., FISHER, P., SCHWAB-STONE, M., DAVIS, M., GIOIA, P.: The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R). III. Concurrent criterion validity. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32, (1993), 658-665
- PICHENHAIN, L.: Zur Entwicklung des Kindes. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse. In: Motorik 19/3, (1996), 106-112
- POUSTKA, F.: Zur Behandlung des Hyperkinetischen Syndrom (HKS) mit Stimulanzien. In: SKRODZKI, K., MERTENS, K.: Hyperaktivität, Dortmund: borgmann publishing (2000), 165-175
- PRINZ, R. J., ROBERTS, W. A., HANTMAN, E.: Dietary correlates of hyperactive behavior in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 48, (1980), 760

- RANDOLPH, T.G.: Allergy as a causative factor for fatigue, irritability and behaviour problems of children. In: *Pediat* 31, (1947), 560-572
- REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M.H.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: World Health Organisation, 1993 und Hans Huber, 1994
- ROGERS, C. R.: Die klientbezogene Gesprächstherapie. München, 1973
- ROTH, N., BEYREIß, J.: Hyperaktivität und Atopie/Allergie bei Kindern. Koinzidenz der Störungen und möglicher pathophysiologischer Hintergrund. In: BAERLOCHER, K. (Hrsg.): Ernährung und Verhalten. Stuttgart: Thieme, 1990
- ROTH, N., SCHLOTTKE, P., KLEPEL, H.: Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder. In: *Z. f. Med. Psych.*, 1, (1992)
- ROTH, N., SCHLOTTKE, P.F., HEINE, A.: Ein biopsychologisches Modell beeinträchtigter Aufmerksamkeit. In: *Kindheit und Entwicklung* 5/2, (1996), 80-85
- ROTH, G.: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1999
- SAILE, H.: Hyperaktives Verhalten von Kindern im familiären Kontext. In: *Psychol. Erz. Unterr.* 42, (1995), 206-220
- SAILE, H.: Zur Indikation von psychologischer Behandlung bei Kindern mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. In: *Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie* 5/2 (1996a), 112-117
- SAILE, H.: Metaanalyse zur Effektivität psychologischer Behandlungen hyperaktiver Kinder. In: *Z. f. klinische Psychologie* 25/ 3, (1996b), 190-207
- SALZMAN, L. K.: Allergy testing, psychological assessment and dietary treatment of the hyperactive child syndrome. *Medical Journal of Australia* 2, (1976), 248
- SAB, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M.: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996
- SATTERFIELD, J. H., HOPPE, C. M., SCHELL, A. M.: A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. In: *American Journal of Psychiatry* 139, (1982), 795-798
- SATTERFIELD, J.H. et al.: Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. In: *Journal of the Child and Adolescent Psychiatry* 26, (1987), 56-64
- SCAHILL, L., et al.: Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. In *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry* 38,(1999), 976-984

- SCHÄFER, L.: Modelle der Wissenschaftsentwicklung: Zur Konvergenz wissenschafts – theoretischer und wissenschaftshistorischer Betrachtungen, In: BRAUN, H-J., KLUWE, R.H. (Hg.): Entwicklung und Selbstverständnis von Wissenschaften: Ein interdisziplinäres Colloquium. Frankfurt am Main, Bern, New York: Lang, (1985), 11-34
- SCHENK-DANZINGER, L.: Entwicklungspsychologie. Wien: Österreichischer Verlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst, 1972
- SCHERPF, L.: Zur Ätiologie und Symptomatologie kindlicher Seelenstörungen. In: Jahrb. Kinder. U. Phys. Erziehg. XVI, (1881), 267-323
- SCHLOTTKE, P. F., LAUTH, G. W.: Diagnostische Kriterien (DSM-IV und ICD-10). In: Kindheit und Entwicklung 2/5, (1996), 85-89
- SCHULZ, E.: Der Stellenwert der Pharmakotherapie in der Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms des Kindes. In: Frühförderung interdisziplinär 9, (1990), 178-188
- SCHULZ, E., REMSCHMIDT, H.: Die Stimulanzien-Therapie des Hyperkinetischen Syndroms im Kindes- und Jugendalter. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 18/3, (1990), 157-167
- SCHWAB-STONE, M., FISHER, P., PIACENTINI, J., SHAFFER, D., DAVIES, M., BRIGGS, M.: The diagnostic interview schedule for children – revised version (DISC-R). II. Test-retest reliability. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32, (1993), 651-657
- SEEWALD, J.: Der „Verstehende Ansatz“ und seine Stellung in der Theorielandschaft der Psychomotorik. In: Praxis der Psychomotorik, 22/1, (1997), 4-14
- SEEWALD, J.: Zum Problem der Teilleistungsstörung aus der Sicht des Verstehenden Ansatzes. In: Praxis für Psychomotorik 22/4, (1997), 250-258
- SEEWALD, J.: Durch Bewegung zur Identität. Motologische Sichten auf das Identitätsproblemen. In: Motorik 23/3, (2000a), 94-101
- SEEWALD, J.: Von Elefanten, U-Booten und blinden Wanderern. In: Praxis der Psychomotorik. 25/3, (2000b), 132-136
- SELIGMANN, M.: Erlernte Hilflosigkeit. München, 1979
- SERNAU, J.: Snoezeln als eine Möglichkeit der Entspannung bei Kindern mit ADS im Grundschulalter. In: SKROZKI/MERTENS (Hrsg.), Hyperaktivität. Borgmann (2000), 247-253

- SHANNON, W. R.: Neuropathic manifestations in infants and children as a result of anaphylactic reactions in their diet. In: American Journal of Diseases in Childhood, 24, (1922), 89
- SKRODZKI, K., MERTENS, K. (Hrsg.): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen, Dortmund: borgmann, (2000), 7-21
- SKRODZKI, K.: Leben mit Hyperaktivität in Deutschland vor der Jahrtausendwende. In: SKRODZKI, K. /MERTENS, K. (Hrsg.): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen: Dortmund: borgmann, (2000), 21-43
- SONUGA-BARKE, E.J.S., GOLDFOOT, M.T.: The effect of child hyperactivity on mothers' expectations for development. In: Child: care, health and development 21/1, (1995), 17-29
- SPEER, F.: Allergic tension-fatigue in children. In: Annals of Allergy, 12, (1954), 168
- STEFANIDES, B.: Effektivitätsstudien zur Verhaltenstherapie im Kindesalter. In: Z. klinische Medizin 44/25, (1989), 2235-2237
- STEINHAUSEN, H.-CH. (Hrsg.): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1988
- STEINHAUSEN, H.-CH. (Hrsg.): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, (1995), 15
- STEINHAUSEN, H.-Ch.: Hyperkinetische Störungen – eine klinische Einführung. In: STEINHAUSEN, H.-Ch. (Hrsg.): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, Berlin Köln: Kohlhammer, (1995), 13-33
- STEINHAUSEN, H.-Ch.: Der Verlauf hyperkinetischer Störungen. In: STEINHAUSEN, H.-Ch. (Hrsg.): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, Berlin Köln: Kohlhammer, (1995), 225-236
- STILL, G. F.: The Goulstonian Lectures on some Abnormal Psychical Conditions. In: Children Lancet, (1902), 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168
- STRAUSS, A. A., WERNER, H.: The Mental Organization of the Brain-Injured Mentally Defective Child. In: Amer. J. of Psychiatry 97, (1941), 1194-1202
- STRECK, E. A., EBAUGH, F.: Neuropsychiatric Sequelae of Cerebral Trauma in Children. In: Archives of Neurology and Psychiatry 12, (1924), 443-453
- SYDNEY, S., GOETZE, H.: Kinder mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen (ADHD) – Neuere experimentelle Befunde und Anwendungen für den Unterricht. In: Sonderpädagogik 24/2, (1994), 82-91

- TROTT, G.-E., FRIESE, H.-J., NISSEN, G.: Hyperaktive Kinder in der Schule. In: Z. Allg. Med. 66, (1990), 280-282
- TROTT, G.-E.: Die Therapie des Hyperkinetischen Syndroms mit Stimulanzien. In: Psychologie 24, (1998), 33-38
- TROTT, G.-E.: Biologische Ursachen und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie des Hyperkinetischen Syndroms. In: SKRODZKI, K., MERTENS, K.: Hyperaktivität, Dortmund: bormann publishing, (2000), 107-123
- VELEZ, C.N., JOHNSON, J., COHEN, P.: A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. In: J. Amer. Acad. Child Adolesc Psychiat 28, (1989), 861-864
- VOSS, R. (Hrsg.): Pillen für den Störenfried? München, Basel, 1983
- VOSS, R.: Hyperaktivität: Warum Philipp zappelt. In: Psychologie heute, 18, (1991), 36-42
- WALLANDER, J. L.: The relationship between attention problems in childhood and antisocial eight years later. In: Journal of child psychology and Psychiatry 29, (1988), 53-61
- WEISS, G., HECHTMAN, L., PERLMAN, T., HOPKINS, J., WENER, A.: Hyperactives as young adults: a controlled prospective ten-years follow-up of 75 children. In: Archives of General Psychiatry 36, (1979), 675-681
- WEISS, G., HECHTMAN, L., MILROY, T., PERLMAN, T.: Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-years follow-up of 63 hyperactive children. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 24, (1985), 211-220
- WELG, P. M. A., JANSEN, J. A. H., KREUZER, M.: Ambulante Erziehungshilfe durch Video – Home – Training. Bericht über ein Forschungsprogramm zu Implementation bei Hyperaktivität. In: SKRODZKI, K., MERTENS, K. (Hrsg.): Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen oder Kreativitätszeichen? Dortmund: borgmann, (2000), 269-291
- WENDER, P.: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität ADHD bei Erwachsenen. In: SKRODZKI, K. und MERTENS, K.: Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?, Dortmund, borgmann publishing, (2000), 43-74
- ZIMMER, R., VOLKAMER, M.: MOT 4-6 (Motorik – Test für vier- bis sechsjährige Kinder). Göttingen 1987

ZIMMER, R.: Kinder brauchen Spielraum. In: Motorik, Schondorf 16/1, (1993), 2-6

ZIMMER, R.: Schafft die Stühle ab! Bewegungsspiele für Kinder. Freiburg, Basel, Wien: Herder, 1995

ZIMMER, R.: Laßt den Philipp doch mal zappeln – Psychomotorische Förderung von Kindern mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten. In: Bewegte Kindheit, Dortmund: Hofmann/Schorndorf, (1997), 94-97

ZIMMER, R.: Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern, Freiburg, Basel, Wien: Herder, 1999 und 2000

ZIMMER, R.: Identität und Selbstkonzept – Zur Bedeutung von Bewegungserfahrungen für die Persönlichkeitsentwicklung. In: Kindheit in Bewegung. Schorndorf: Hofmann, (2001), 13-22

## Curriculum Vitae

geboren am 5.8.1953

Staatsangehörigkeit: deutsch

1960 - 68	Volksschule
1968 – 72	Lehre als Einzelhandelskaufmann
1972 – 73	Fachoberschule für Wirtschaft
1973 – 75	Höhere Handelsschule
1975 – 78	Westfalenkolleg, Bielefeld Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
1980 – 87	Studium der Philosophie, Germanistik und Pädagogik, Universität Bielefeld Abschluss: Erstes Staatsexamen für das Lehramt der Sekundarstufe II
1987 – 90	Studium der Sozialpädagogik, Fachhochschule für Sozialwesen, Bielefeld Abschluss: Diplom – Sozialpädagoge mit staatlicher Anerkennung
1989 – 91	Studium des Faches Deutsch, Mathematik und evangelische Theologie, Universität Bielefeld Abschluss: Erstes Staatsexamen für das Lehramt der Primarstufe
1982 – 92	Studium der Pädagogik mit den Nebenfächern Psychologie und Soziologie, Universität Bielefeld Abschluss: Diplompädagoge
1992 – 94	Referendariat für die Primarstufe am Seminar Paderborn (vorzeitig beendet, da Tätigkeitsbeginn als Diplompädagoge)
1994 – heute	Tätigkeit als Diplompädagoge mit dem Schwerpunkt Psychomotorische Therapie mit Kindern, Psychomotorische Förderstelle Bielefeld
1984 – 2000	Leitung verschiedener Seminare an der Volkshochschule und dem Fortbildungsinstitut für Psychomotorik
1997 – 2003	Lehrbeauftragter an der Fachhochschule für Sozialwesen im Fachbereich Sonderpädagogik, Bielefeld
2002 – 2004	Promotion zum Dr. phil. im Fach Erziehungswissenschaft bei Frau Prof. Dr. Zimmer, Universität Osnabrück