



Lass den Philipp zappeln?!

Therapiemöglichkeiten für Kinder mit diagnostiziertem ADHS

Henrietta Eichhorn

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Lass den Philipp zappeln?!

Therapiemöglichkeiten für Kinder mit diagnostiziertem ADHS

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 31. August 2011

Vorgelegt von: Henrietta Eichhorn

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Groen

Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Schürgers

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1. Einleitung	2
2. Was ist das ADHS?	4
2.1 Symptome	4
2.1.1 Kernsymptome	5
2.1.2 Sekundäre Folgen	7
2.1.3 Potentiell existentielle Folgen	8
2.2 Diagnostik	9
2.2.1 ICD-10 und DSM-IV-TR	11
2.3 Epidemiologie und Verlauf	12
2.3.1 Epidemiologie	13
2.3.2 Verlauf	14
3. Wie entsteht das ADHS?	16
3.1 Biologische Faktoren	16
3.1.1 Genetische Dispositionen	16
3.1.2 Gehirnorganische Funktionen	17
3.2 Psychosoziale Faktoren	19
3.3 Multifaktorielle Genese	20
4. Therapiemöglichkeiten beim ADHS	21
4.1 Eltern- und familienzentrierte Interventionen	21
4.1.1 Psychoedukation und Elterntaining	22
4.2 Umfeldzentrierte Interventionen	23
4.3 Kindzentrierte Interventionen	25
4.3.1 Psychoedukation	25
4.3.2 Psychopharmakotherapie	26
4.3.3 Entspannungsverfahren	28
4.4 Multimodaler Ansatz	28

5. Kindzentrierte Verhaltenstherapie	30
5.1 Methoden der kindzentrierten Verhaltenstherapie	31
5.1.1 Kontingenzprogramme	32
5.1.2 Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstrainings	32
5.1.3 Selbstkontrolle	33
5.1.4 Selbstmanagement	33
5.1.5 Komplexe kognitive Methoden	34
5.1.6 Soziale Fertigungs- oder Kompetenztrainings	34
5.1.7 Komplexe Verhaltenstrainings	35
5.1.7.1 THOP	36
6. Bewegung	38
6.1 Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung	38
6.1.1 Identitätsentwicklung	39
6.1.2 Kognitive Entwicklung	40
6.1.3 Soziale Entwicklung	41
6.2 Therapie durch Bewegung	42
6.2.1 Psychomotorik	42
6.2.1.1 Motopädagogik	43
6.2.1.2 Mototherapie	43
6.2.2 Sportpädagogik	44
6.2.3 Sporttherapie	44
6.2.4 Ergotherapie	45
6.3 Bewegung und das ADHS	46
7. Fazit	49
7.1 Negativer Fokus auf das ADHS und Stigmatisierung	49
7.2 Diagnosen und Psychopharmakotherapie	53
7.3 Kindzentrierte verhaltens- und bewegungstherapeutische Ansätze	55
8. Literaturverzeichnis	61
8.1 Abbildungsverzeichnis	64
8.2 Abkürzungsverzeichnis	66
Anhang: Eidesstattliche Erklärung	67

Vorwort

In meiner Tätigkeit als Sportlehrerin bin ich in verschiedenen Kontexten hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern und Jugendlichen begegnet.

Im Umgang mit Kindern, die vom ADHS betroffen sind, empfand ich nicht selten ein Gefühl von Hilflosigkeit bis hin zu Unverständnis und sogar teilweise Wut auf möglicherweise vorschnell gestellte Diagnosen und verschriebene Medikamente. Ich hatte des öfteren den Eindruck, dass durch eine nicht angemessene Medikation nicht nur die ADHS-Symptome, sondern teils auch die individuellen Charakterzüge des jeweiligen Kindes gemindert wurden. Deshalb interessiert mich, ob und wie man vom ADHS betroffene Kinder mit anderen Methoden unterstützen kann.

Mir erscheint es logisch, auf einen Überschuss an Bewegungsdrang mit Bewegungsmöglichkeiten und -angeboten zu reagieren. Die vorliegende Arbeit beleuchtet besonders die Verhaltens- und die Bewegungstherapie, denn diese scheinen mir die sinnvollsten Umgangsarten mit hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern zu sein. Die Kombination dieser beiden Ansätze wird in heutigen Therapien leider nur wenig berücksichtigt.

Mit dieser Arbeit möchte ich untersuchen, welche Möglichkeiten zur Therapie vom ADHS es gibt, und wie sinnvoll ein Ansatz vor allem im bewegungs- und verhaltenstherapeutischen Bereich sein könnte.

Einen Überblick über alle Eventualitäten zu geben, vor allem bezüglich der Ursachen und Therapiemöglichkeiten, erscheint mir aufgrund von „Forschung“ in unüberschaubar viele Richtungen nicht möglich, vor allem nicht im Rahmen einer Bachelor-Thesis. Aufgrund dessen habe ich im Folgenden lediglich die mir relevant erscheinenden Ansätze erläutert.

Für die vorliegende Arbeit habe ich mich bemüht, gendersensible Formulierungen zu verwenden; dennoch möchte ich alle weiblichen Personen (Sozialarbeiterinnen, Lehrerinnen, Ärztinnen, Therapeutinnen, Schülerinnen usw.) um Verständnis dafür bitten, dass ich sicherlich nicht immer die weiblichen Bezeichnungen mit angeführt habe.

1. Einleitung

Wenn man das Schlagwort ADHS in Internetsuchmaschinen eingibt, erscheinen zwischen 138 000 und 2 740 000 Ergebnisse. In Internet-Videoportalen hat das Eingeben dieses Wortes bis zu 1 100 Berichte zur Folge.

Auf das ADHS stößt man außerdem in zahlreichen Sach- und Selbsthilfebüchern, ebenso in medizinischen Fachbüchern und in Kinderbüchern. Artikel in Zeitungen und Zeitschriften berichten ebenfalls über das ADHS. Bei ÄrztInnen liegen Broschüren zu diesem Thema aus. Im Fernsehen wird in verschiedensten Sendeformaten über das ADHS berichtet. Man schnappt Gesprächsfetzen auf der Straße, in Bus und Bahn, auf dem Schulhof und im Lehrerzimmer auf, in denen die Beteiligten sich über das ADHS unterhalten. Darüber hinaus exponieren derzeit einige mehr oder weniger populäre Personen ihre im Kindesalter erlangte ADHS-Diagnose.

Diese genannten Beispiele zeigen: Die mediale Berichterstattung ist gefüllt vom ADHS. Die Aufmerksamkeit, an der es den vom ADHS betroffenen Kindern selbst in vielen Situationen mangelt, wird ihnen scheinbar massiv von einem Großteil der Gesellschaft aufgedrängt.

In manchen der genannten Exempel wird deutlich, dass die Debatte um Kinder mit ADHS annähernd unter Ausschluss der wissenschaftlich-theoretischen Erkenntnisse geführt wird; diese sind Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Auch in fast allen Bereichen der Sozialen Arbeit ist das ADHS ein aktuelles und oftmals umstrittenes Thema. Unter anderem in der Gruppenarbeit, der Schulsozialarbeit, der ambulanten Betreuung, oder dem betreuten Wohnen kann man mit Kindern in Berührung kommen, die ADHS-Symptome zeigen, oder bei denen das ADHS diagnostiziert worden ist.

Aus diesem Grund wird zu Beginn dieser Arbeit erläutert, anhand welcher Symptome sich das ADHS äußert und wie es diagnostiziert werden kann. Ebenfalls Inhalt dieses Kapitels sind die Epidemiologie und der Verlauf des ADHS, während das folgende Kapitel den biologischen und genetischen Ursachen des ADHS gewidmet ist. Im Fokus dieser Arbeit stehen Kinder im Grund- und Mittelstufenalter.

Anschließend wendet sich die vorliegende Arbeit in Kapitel 4 den Therapiemöglichkeiten des ADHS zu. Beleuchtet werden sowohl eltern- beziehungsweise familienzentrierte Interventionen, als auch Interventionen, die im Umfeld des Kindes mit ADHS, oder direkt beim betroffenen Kind ansetzen.

Vor allem für FamilienhelferInnen oder an Schulen eingesetzte SozialarbeiterInnen sind diese drei Bereiche und einige der speziell entwickelten Programme relevant und umsetzbar und werden daher eingehender beleuchtet.

Das Verhalten der Kinder mit ADHS wird in vielen Bereichen und Situationen unserer Gesellschaft als störend empfunden. Inhalt des fünften Kapitels sind deshalb Interventionen, anhand derer das Verhalten der von ADHS betroffenen Kinder passend modifiziert werden soll. Solche Interventionen könnten auch in verschiedenen Bereichen für SozialarbeiterInnen relevant und anwendbar sein.

In Kapitel 6 wird die Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung dargestellt. Bewegung kann als vermittelndes Medium zwischen Psyche und Physis verstanden werden und wird bereits in manchen Bereichen der sozialen Arbeit dementsprechend eingesetzt. Es gibt einige Interventionsmöglichkeiten, die Bewegung als therapeutisches Medium in Betracht ziehen. Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es, diesen Zusammenhang zu erklären.

Eine zusammenfassende Schlussbetrachtung und eine persönliche Stellungnahme ist in Kapitel 7 verortet.

2. Was ist das ADHS?

Seit den 1990er Jahren wird im deutschsprachigen Raum hauptsächlich der Begriff des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) verwendet, welcher auch für diese Arbeit angewendet wird. Er kann gleichgesetzt werden mit den in verschiedenen Veröffentlichungen herangezogenen Begriffen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und des hyperkinetischen Syndroms beziehungsweise der hyperkinetischen Störung (HKS).

Um sich von der Sichtweise zu distanzieren, dass Kinder mit ADHS „gestört“ sind, wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff Störung ausgeklammert und der weniger wertend scheinende Begriff Syndrom verwendet.

2.1 Symptome

In vormaligen Veröffentlichungen wurde die motorische Überaktivität mit zahlreichen Verhaltensumschreibungen dargestellt:

„Fahrigkeit, Planlosigkeit, Zappeligkeit, ständige Unruhe, unnötige Mitbewegungen, Unfähigkeit zur Ruhehaltung, überhastetes Tempo, Konzentrationslosigkeit, Entlastungsaktionen durch Kauen, Beißen, Kratzen, Lutschen, Schlagen, Scharren, Grimassieren, ticartige Bewegungen, Kopf- und Augenrollen, Unstetigkeit, ungezielte Bewegungen, spastische und athetoide Bewegungen, Getriebenheit, mangelnde Bewegungssteuerung, Schnelligkeit, häufiger Richtungswechsel, fehlende Geradlinigkeit, Störenfriedaktionen, Umtrieblichkeit“ (Aschmoneit 1974: 50).

Für die vorliegende Arbeit ist Aschmoneits Beschreibung jedoch zu undifferenziert, denn auch in aktuelleren Veröffentlichungen wird darauf hingewiesen, dass nicht jedes Kind mit ADHS-Diagnose jede der genannten Charakteristika zeigen muss (vgl. Steinhausen 2002: 92; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 1; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11, 14f.). Desgleichen stellt sich die Wortwahl der vormaligen Literatur eher negativ beleuchtend dar.

Doch auch heute scheint es kaum Veröffentlichungen zu geben, welche die ADHS-Symptome explizit positiv formulieren. Tendenziell positiv veranschaulichende Umschrei-

bungen für das Verhalten eines Kindes mit ADHS sind unter anderem Spontanität, Situationskomik, Ideenreichtum, Kreativität und Entdeckungsfreude sowie Flexibilität, Risikofreude und Unkonventionalität. Kinder mit ADHS haben körperliche Ausdauer und Spaß an Bewegung. Auch besitzen sie ausgeprägte emotionale Fähigkeiten: Bei Vertrauenspersonen können sie sehr anhänglich sein. Das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und Freundschaften sowie ihre manchmal „kratzbürstigen“ Charmezüge machen sie liebenswert und unverwechselbar (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 35f.).

Weitere positive Eigenschaftsumschreibungen für Kinder mit ADHS sind: Charmant, eine eigentlich fröhliche Grundstimmung, optimistisch und lustig, hilfsbereit sofern sie Hilfebedürftigkeit erkennen, fürsorglich und schwingungsfähig. Sie verfügen über einen ausgeprägten Orientierungssinn, zeigen schnelle Reaktionen, sind aufgeweckt, wissbegierig, kreativ und phantasievoll, sowie spontan, zupackend und oftmals zeigen sie Liebe zu Natur und Tieren (vgl. Neuhaus in Passolt 1997: 130).

Dennoch muss hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass ebenso wenig wie bei den eher negativ konnotierten Umschreibungen eines Kindes mit ADHS bei Verwendung solch positiver Begriffe nicht unbedingt alle Symptome auf jedes Kind zutreffen. Bisherige Forschungen liefern daher Ansätze, die zu vage sind, um der Komplexität vom ADHS gerecht zu werden. Festzuhalten bleibt, dass eine Störung wie das ADHS in unserer Gesellschaft für alle in jeglicher Art Betroffenen eine besonders spezielle und eher schwierige Situation ist (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 1; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11, 14f.).

2.1.1 Kernsymptome

Es gibt drei wesentliche Kernsymptome, die tatsächlich bei sämtlichen Kindern, bei denen das ADHS diagnostiziert wurde, auftreten.

Eines dieser Kernsymptome sind Konzentrationsstörungen oder eine gestörte oder beeinträchtigte Aufmerksamkeit im Sinne von Ablenkbarkeit und das Unvermögen, relevante von irrelevanten Reizen zu differenzieren. Ein weiteres Hauptmerkmal ist eine schwache Impulskontrolle respektive sogenanntes impulsives Verhalten oder Impulsivität. Als drittes

Kernsymptom wird verstärkte Aktivität beziehungsweise starke grob- und feinmotorische Unruhe beschrieben (vgl. Hartmann 1997: 16; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11; Petermann 2009: 333, 337f.; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 1).

Diese Symptome sind bereits vor der Schulzeit erkennbar, werden jedoch mit Schuleintritt des Kindes mit ADHS besonders deutlich, weil sich hier relative Leistungsschwächen und Probleme in Gruppensituationen prägnanter exponieren

(vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11, 13; Steinhausen 2002: 92). Vom eingeschulten Kind wird soziale Integration in eine Klassengemeinschaft und die Fähigkeit zur Regeleinhaltung erwartet (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 152). Aufgrund dessen, und um einen Ausgangspunkt zur Intervention zu gewinnen, sollte spätestens bei Eintritt ins Schulalter eine Diagnose gestellt werden (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 155).

In der Regel ist das ADHS situationsübergreifend: Es sind also mehrere Funktions- und Lebensbereiche, wie Familie und Schule, beeinträchtigt. Das Auftreten der Kernsymptome kann in unterschiedlichen Ausmaßen deutlich werden

(vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 1). Die Symptome eines ADHS treten demnach unabhängig von Gruppengröße, Betreuungsperson und ähnlichen Faktoren auf (vgl. Steinhausen 2002: 91; Döpfner/Schürmann 2009: 11).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ADHS bereits in früher Kindheit durch eine Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen zu erkennen ist, und dass dies situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika sind (vgl. Steinhausen 2002: 91).

In weiteren Veröffentlichungen werden außerdem Verhaltensstörungen als viertes Hauptmerkmal genannt. Hier wird davon ausgegangen, dass sich Verhaltensstörungen aufgrund von sozialen Auswirkungen der Kernsymptome des ADHS entwickeln (vgl. Hartmann 1997: 16). Andere Autoren bezeichnen diese Verhaltensstörungen als sekundäre Folgen vom ADHS oder als komorbide Störungen; also Störungen, die nicht selten mit einem ADHS einhergehen. Des Weiteren können Symptome emotionaler und vor allem dissozialer Störungen, sowie Lern- und Leistungsstörungen vorliegen. Diese sind komorbide und vom

ADHS nur schwer abzugrenzen. Sie gelten deswegen als zusätzliche häufig assoziierte Störungen (vgl. Steinhausen 2002: 91).

2.1.2 Sekundäre Folgen

Bei einer Vielzahl von Kindern mit ADHS treten sekundäre Folgen oder komorbide Störungen auf (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 7). Zu diesen genannten Störungen als sekundäre Folge der drei Kernsymptome vom ADHS zählt auch die überaus kurze Aufmerksamkeitsspanne. Es werden zahlreiche Tätigkeiten begonnen, aber nur selten beendet, weil das Kind bereits durch kleinste Reize nachhaltig abgelenkt wird. Dies hat zur Folge, dass zum Beispiel Hausaufgaben außerordentlich viel Zeit in Anspruch nehmen und tendenziell beträchtlich fehlerhaft gemacht werden. Aufgrund der kurz anhaltenden Konzentrationsfähigkeit und der schnellen Ablenkbarkeit bekommt das Kind bedeutsame Fakten im Unterricht nicht oder nur teilweise mit (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 153). Folgend können Lernschwierigkeiten, Schulleistungs- und sogar Entwicklungsstörungen entstehen, da die Symptomatik in den meisten Fällen bereits seit mehreren Jahren besteht

(vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11; Altherr in Passolt 1997: 11; Steinhausen 2002: 92).

„Nun kommt es zu erheblichen Adaptionsproblemen, weil die Kernsymptome -fehlendes Konzentrationsvermögen mit Ablenkbarkeit, Zappeligkeit und motorische Unruhe sowie fehlende Arbeitshaltung - aufgrund von zusätzlicher kognitiver Strukturierungsfähigkeit, mangelhafter Verhaltenssteuerung und Impulsivität mit den Anforderungen des Schulalltages nicht vereinbar sind“ (Steinhausen 2002: 92).

Beträchtlich viele aufmerksamkeitsgestörte Kinder haben zusätzlich Teilleistungsstörungen, wie Lese-Rechtschreibschwäche, Sprechstörungen, motorische Entwicklungsverzögerung oder tics, welche die Schullaufbahn gravierend und oft bis ins spätere Leben stören können. Schwierigkeiten in der Schule gehen demnach nahezu automatisch mit einer Verhaltensstörung wie dem ADHS einher (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 154; Altherr in Passolt 1997: 12; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 8f.). In Folge der Leistungs- und Erfolgsreduktion wird das Kind viel ermahnt, und das Selbstwertgefühl kann sinken (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 153).

Verhaltensweisen wie Affektlabilität und Frustrationsintoleranz, die eher dem Kleinkindalter entsprechen, bestehen auch im Schulalter weiterhin. Deutlich wird dies, wenn wegen Kleinigkeiten geweint wird, die Kinder schnell zornig werden und die Stimmung plötzlich bis zum Jähzorn umschlagen kann. Das Unterdrücken oder Aufschieben von eigenen Wünschen und Bedürfnissen fällt Kindern mit ADHS äußerst schwer.

Folglich wird die Antwort auf eine noch nicht fertig gestellte Frage des Lehrers in den Klassenraum gerufen, wodurch das Kind nur schwer ignorierbar ist (vgl. ebd.: 152; Altherr in Passolt 1997: 12).

Kinder mit ADHS verletzen oftmals Regeln, weil sie diese nicht einsehen oder nicht einhalten können, woraufhin häufig disziplinarische Konsequenzen folgen (vgl. Altherr in Passolt 1997: 12). Sie gelten als achtlos und wegen ihres schwachen Angstgefühls werden sie häufig in Unfälle verwickelt (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 153). Außerdem zeigen sie auffällig oft aggressive Verhaltensweisen, welche durch falsche Deutungen der Körpersprache sowie der Mimik und Gestik der gleichaltrigen Kinder erklärt werden können. Diese Signale werden durch Unaufmerksamkeit nicht beachtet, falsch verstanden oder beantwortet. Dies geschieht oft überschießend und in Verbindung mit Beschimpfungen und Gewalt, was wiederum zu weiterer Ablehnung führt (vgl. ebd.; Altherr in Passolt 1997: 12; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11). Kinder mit ADHS nutzen außerdem auffällig oft unverschämte, provokante und aggressive Redeweisen (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 152).

In Beziehungen werden Kinder mit ADHS als distanzlos wahrgenommen, was vor allem in der Familie zu Störungen der Familieninteraktion und der Familienbeziehungen führen kann (vgl. Altherr in Passolt 1997: 11f.; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11). Durch dissoziales Verhalten folgt oftmals eine allgemeine Ablehnung, der sich wiederum ein niedriges Selbstwertgefühl anschließen kann (vgl. Altherr in Passolt 1997: 12).

2.1.3 Potentiell existentielle Folgen

Die genannten Verhaltens- und Beziehungsstörungen sowie die einhergehenden Lernschwierigkeiten haben gravierende Auswirkungen nicht nur auf die Kinder selbst, son-

dern auch auf ihre Eltern und die schulische Umgebung (vgl. Altherr in Passolt 1997: 11). Es besteht nicht selten eine notorische Unzufriedenheit. Obwohl viele Kinder mit diagnostiziertem ADHS äußerlich unbekümmert wirken, leiden sie bei allem ihnen zugeschriebenen Optimismus häufig unter einer unglücklichen Grundstimmung (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 153).

Schlimmstenfalls kann es im Laufe der Entwicklung zu gravierenden Verhaltensstörungen bis hin zu depressiven Störungen, Drogenmissbrauch oder Kriminalität kommen (vgl. Steinhausen 2002: 92; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 434, 438).

Zusammenfassend wird diese Negativentwicklung wie folgend dargestellt:

„Das hyperaktive Kind fällt nun durch zahlreiche Symptome auf: dissoziales Verhalten, aggressive Durchbrüche bei geringfügigen Anlässen, Reizbarkeit, Distanzlosigkeit, Disziplinprobleme oder auch Zeichen einer emotionalen Stigmatisierung mit niedrigem Selbstwertgefühl, depressiver Verstimmung und Affektlabilität. Begleitende neuropsychologische Funktionsstörungen manifestieren sich als Schulleistungsstörungen, die wiederum die soziale Isolation in der Klassengemeinschaft verstärken und den Ausgangspunkt für antisoziale Entwicklungen bis hin zur Bandendelinquenz abgeben können“ (Steinhausen 2002: 92).

Im Umgang mit hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern entsteht meist ein Teufelskreis negativer Aufmerksamkeit, welcher die ADHS-Symptomatik weiterhin festigt und intensiviert (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 18).

2.2 Diagnostik

Damit eine gültige und überinklusive Diagnose gestellt werden kann, ist die Festlegung diagnostischer Kriterien unverzichtbar, respektive wird die Diagnose des ADHS oft vorschnell gestellt (vgl. Steinhausen 2002: 93; Altherr in Passolt 1997: 12).

Das ADHS kann nicht anhand von Bluttests oder ähnlichem diagnostiziert werden, sondern über Fragebögen, die viele Bereiche einbeziehen, über Beobachtungen und Leistungstests (vgl. Altherr in Passolt 1997: 12). Neben der Verhaltensdiagnostik ist auch die Leistungsdiagnostik und Familienanamnese unverzichtbar (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436).

Eine Voraussetzung für die Diagnose des ADHS ist, dass Eltern und Lehrpersonal über mangelnde Aufmerksamkeit und motorische Unruhe, sowie Impulsivität und fehlende

Verhaltenssteuerung berichten, die bereits vor dem siebten Lebensjahr aufgefallen sind. Treten diese Auffälligkeiten erst nach diesem Alter auf, kann die Diagnose ADHS ausgeschlossen werden (vgl. Altherr in Passolt 1997: 12f.; Steinhausen 2002: 93; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 432). Dieses von altersgleichen Kindern bedeutsam abweichende Verhalten muss über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten vorhanden sein und zwar in einem Ausmaß, welches zu einer Fehlanpassung führt und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 12; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 432).

In Intelligenztests sind die Ergebnisse der vom ADHS betroffenen Kinder nicht schlechter als die ihrer Altersgenossen (vgl. Steinhausen 2002: 93; Taylor et al. 1991, zit. n. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 9).

Unverzichtbare Grundlage für die Diagnose vom ADHS sind klinische Explorationen der Eltern, des Kindes und des Lehrpersonals (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436). In Fragebögen zu häuslichen respektive schulischen Situationen wird das Kind in mindestens 50 Prozent der aufgeführten Situationen als problematisch beschrieben. Die Symptome sind situationsunabhängig und beeinträchtigen mehrere Lebensbereiche (vgl. Steinhausen 2002: 93; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 432; Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 6).

Beobachtungen im realen Umfeld des Alltags, welche das Kind in Gruppensituationen, in der Schule oder zu Hause zeigen, sind diagnostisch bedeutsamer als direkte Verhaltensbeobachtungssituationen in einer Untersuchungs- oder Spielsituation, da das Kind sich in diesen Situationen der Zuwendung einer beobachtenden Person sicher sein kann (vgl. Altherr in Passolt 1997: 13). Es werden meist standardisierte Fragebögen, testpsychologische sowie körperliche Untersuchungen durchgeführt (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436ff.).

Die zentralen Symptome werden oftmals sekundär überformt (vgl. Steinhausen 2002: 92). Aufgrund der vielen komorbiden Auffälligkeiten gibt es viele Überschneidungen zwischen der hyperkinetischen Störung und anderen Störungen (vgl. Altherr in Passolt 1997: 12). Aus diesem Grund müssen differenzialdiagnostische Alternativen zur Erklärung der Symptomatik ausgeschlossen sein (vgl. Steinhausen 2002: 93). Dies geschieht mittels motorischer, neurologischer und körperlicher Untersuchungen des Kindes, sowie anhand von projektiven Tests (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 155, 158).

„Es führen nur Anamnese, Fremd- und Eigenbeobachtung, zusammen mit der Untersuchung, zur Diagnose.“ (Skrodzki in Passolt 1997: 158) Skrodzki sieht eine Diagnose vom ADHS als ausschließlich positiv, denn das Etikett ADHS reduziere die Schuld der falschen Erziehung und nehme das Gefühl, in der Hilflosigkeit und Ohnmacht der belastenden Situation einflusslos zu sein. Außerdem helfe eine Diagnose mit langfristiger aktiver Problembewältigung (vgl. ebd.).

In anderen Beiträgen wird demgegenüber eine ADHS-Diagnose kritisch gesehen, denn durch eine Pathologisierung des Verhaltens eines Kindes mit ADHS im Sinne einer Einteilung in gesund oder krank, respektive in normal oder gestört, bekommen diese Kinder einerseits das Recht auf Unterstützung von Krankenkassen und ÄrztInnen sowie Verständnis von ihren Bezugspersonen für ihr Verhalten; ähnlich eines Alibis. Andererseits kann ein diagnostiziertes ADHS dazu führen, dass dem Kind ein Stigma angehängt wird und es die damit verknüpften Erwartungshaltungen mit jeder nicht erwünschten Äußerung nahezu automatisch erfüllt, oder durch diese Etikettierung von Anderen Repressalien erleidet. Die Einstellung, welche die Umwelt gegenüber dem Kind hat, übernimmt das Kind auch für seine eigene Einstellung sich selbst gegenüber (vgl. Mattner in Passolt 1997: 42f.; Gerspach in Passolt 2004: 45ff.; Kapitel 6.1.1 Identitätsentwicklung: 39f.; Kapitel 6.1.3 Soziale Entwicklung: 41). „Bezüglich seiner Verhaltensstruktur ist das Kind in einer double-bind-situation gefangen“ (Mattner in Passolt 1997: 42).

2.2.1 ICD-10 und DSM-IV-TR

Sowohl ICD-10 (International Classification of Diseases), als auch DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Textrevision) sind Skalen zur Verhaltensbeurteilung, welche schon seit mehreren Jahren angewandt und weiterentwickelt werden. In der Definition unterscheiden sich die einzelnen Kriterien nur geringfügig voneinander (vgl. Steinhausen 2002: 18ff.; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11, 335; Suppiger/Schneider in Schneider/Margraf 2009: 114ff.). In diesen Skalen sind deskriptive und operationalisierte Kriterien zur Definition des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) im DSM-IV-TR,

beziehungsweise der hyperkinetischen Störung (HKS) in der ICD-10, aufgeführt.

In der Bestimmung der Anzahl und der Kombination der Kriterien für eine ADHS-beziehungsweise HKS-Diagnose werden die Unterschiede dieser beiden Systeme deutlicher. So fordert das ICD-10 alle drei Kernmerkmale, um die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung unter F90.0 zu definieren. Wenn diese Störung einhergeht mit einer Störung des Sozialverhaltens wird in F90.1 eine Kombinationsdiagnose definiert. Im DSM-IV-TR wird in drei Subtypen unterschieden, nämlich einen gemischten Typ mit allen Kernsymptomen, einen vorherrschend unaufmerksamen Subtypus, sowie einen vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtypus. Es werden im Vergleich zum ICD-10 Mehrfachdiagnosen gestellt: HKS wird ebenso wie ein gestörtes Sozialverhalten einzeln diagnostiziert. Spezifiziert werden kann die Diagnose durch den Hinweis, dass das ADHS in partieller Remission vorliegt, was bei Jugendlichen bedeutsam ist, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 432).

Eine ausführlichere Beschreibung der Hauptmerkmale mit deskriptiven und operationalisierten Kriterien des ADHS beziehungsweise HKS findet sich in der Abbildung 1 (siehe 8.1 Abbildungsverzeichnis: 64).

2.3 Epidemiologie und Verlauf

Aufgrund der Aktualität vom ADHS und infolge der vielfachen Veröffentlichungen über dieses Störungsbild, lassen sich kaum einheitliche epidemiologische Angaben finden. Auf diese Problematik wird im folgenden Unterpunkt eingegangen. Außerdem wird versucht, die unterschiedlichen Angaben zusammenzufassen. In einem weiteren Unterpunkt wird der wahrscheinliche Verlauf vom ADHS dargestellt.

2.3.1 Epidemiologie

Eine Auskunft über die Anzahl der vom ADHS betroffenen Kinder ist kaum realisierbar, obwohl das sogenannte „Impulsive Irresein“ bereits Anfang der 1980er Jahre als „häufigste Seelenstörung im Kindesalter“ galt (Scherpf 1881, zit. n. Skrodzki in Passolt 1997: 144). Auch zehn Jahre später wurde Hyperkinese als „die häufigste Seelenstörung des Kindesalters“ beschrieben (Eichlseder 1991: 27; zit. n. Altherr in Passolt 1997: 39).

Trotz oder wegen jahrzehntelanger Forschung gestalten sich die erlangten Daten und gewonnenen Erkenntnisse höchst unterschiedlich, da die definierten Kriterien nicht ausreichend operationalisiert sind und es infolgedessen ungleiche Falldefinitionen gibt. Erschwerend ist weiterhin die ungenügende Standardisierung der Messmethoden und das Vorhandensein verschiedener Klassifikationssysteme. Folgendermaßen ergibt es sich, dass Studien sich in manchen Teilen unterscheiden oder sogar widersprechen.

Die Prävalenzraten schwanken zwischen 0,1 Prozent in einer britischen Studie und 15 Prozent in einer US-Studie. Einzelne Symptome von Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit treten in Deutschland bei Kindern im Alter von vier bis 17 Jahren nach Angaben der Eltern bei fünf bis 22 Prozent auf. Nach strengen Diagnosekriterien im ICD-10 liegt die Prävalenz jedoch zwischen einem bis 3,4 Prozent und nach DSM-IV-TR zwischen fünf bis 9,3 Prozent (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 433f.; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 4ff.). Das ADHS wird in einigen Büchern als kulturunabhängiges Phänomen beschrieben, von dem Jungen zwei bis neunmal häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. Altherr 1997: 12; Steinhausen 2002: 92; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 11f.; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 433).

In Studien aus den neunziger Jahren wurde belegt, dass bei bis zu 80 Prozent der vom ADHS betroffenen Kindern komorbide Störungen diagnostiziert werden, und dass hyperkinetische Störungen ohne zusätzliche psychische Störungen eher als Ausnahme angesehen werden müssen. Dies wird auch in aktuellerer Literatur bestätigt. Besonders häufig gehen oppositionelle Verhaltensstörungen, aggressiv-dissoziale Störungen, affektive und vor allem depressive Störungen, Angststörungen und umschriebene Lernstörungen mit

der hyperkinetischen Störung einher (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 434; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 7ff.).

2.3.2 Verlauf

Die meisten vom ADHS betroffenen Kinder waren bereits in frühester Kindheit auffällig. Durch die charakteristischen Symptome kann eine hyperkinetische Störung bereits im frühen Kindesalter vermutbar sein: Viele waren bereits im Säuglingsalter außergewöhnlich aktiv, womit eine frühe motorische Entwicklung einhergeht, während Sauberkeits- und Sprachentwicklung eher verzögert sein können. Rückblickend fällt außerdem eine leichte Irritier- und Erregbarkeit auf, ebenso wie Schlafprobleme und Essschwierigkeiten.

Im Kindergartenalter zeigt sich weiterhin eine scheinbar dranghafte Überaktivität, in Verbindung mit einer geringen Aufmerksamkeitsspanne, teilweise einschließlich mangelnder Verhaltenssteuerung und Impulskontrolle. „Die Kinder weisen eine ziellose Aktivität auf, können schlecht spielen und sich kaum alleine beschäftigen“ (Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 13). Auch oppositionelles Verhalten kann in diesem Alter beobachtet werden, was sich durch Regelverletzungen und Störverhalten zeigt. Beobachtet werden häufig heftige Wutanfälle, Empathiemängel und folgend Isolation und soziale Ausgrenzung. Diese Verhaltensweisen sind jedoch schwierig von gleichaltrigen, besonders aktiven Kindern mit altersgemäßem Bewegungsdrang zu differenzieren (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 13; Steinhausen 2002: 92; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 17f.).

An Aktualität gewinnt die Diagnose ADHS vor allem in der Grundschule, denn mit dem Eintritt in die Schule gibt es zahlreiche Voraussetzungen, welche die vom ADHS betroffenen Kinder nicht ausreichend erfüllen können (vgl. Altherr 1997: 12; Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 6). In dieser Altersphase verschärft sich die Situation vor allem in der Familie, da seitens aller Beteiligten viele Grenzen überschritten werden und in dieser Weise gegenseitig erzwingende Interaktionsprozesse entstehen, die nur schwer zu durchbrechen sind (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 438).

Im Jugendalter lässt sich ein deutlicher Rückgang der motorischen Unruhe und der Impulsivität beobachten, während Aufmerksamkeitsdefizite häufig weiterhin bestehen. Dissoziale Tendenzen, vor allem bei Kindern mit zuvor schon gezeigten antisozialen Verhaltensauffälligkeiten, nehmen zu (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 12f.; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 438).

3. Wie entsteht das ADHS?

In der auf das ADHS bezogenen Fachliteratur werden einhergehend auch die Ursachen für diese Störung diskutiert. Genannt werden zahlreiche Kausalitäten, wobei einige bereits widerlegt wurden. Im Folgenden wird nur auf relevante, vielfach veröffentlichte und größtenteils belegte Ursachen eingegangen, da alles darüber hinausgehende für diese Arbeit zu umfangreich werden würde.

Der Übersichtlichkeit halber werden die Ursachen für die Entstehung vom ADHS in diesem Kapitel in zwei Unterpunkte geteilt; die biologischen sowie die psychosozialen Faktoren.

3.1 Biologische Faktoren

Die Entstehung vom ADHS wird vielfach mit biologischen Faktoren in Verbindung gebracht. Hierzu gehören vor allem genetische Dispositionen und gehirnorganische Funktionen (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 47, 52; Steinhausen 2002: 94; Döpfner in Schneider/Margraf; 2009: 435f.; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 10).

3.1.1 Genetische Dispositionen

Bereits in der Literatur aus den neunziger Jahren wurde genetisch-familiären Ursachen eine hohe Bedeutung beigemessen (vgl. Altherr in Passolt 1997: 15ff.). Auch für andere AutorInnen ist es möglich, dass die Genetik zumindest teilweise als ursächlich für das ADHS gelten kann und dass genetische Faktoren scheinbar den stärksten Einfluss auf die Entwicklung vom ADHS haben. Das ADHS scheint demnach dispositiv angelegt zu sein (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 47; Steinhausen 2002: 94; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 10). Diese Annahmen stützen sich auf Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien, welche hohe Prävalenzen für das ADHS - vor allem bei biologischer Verbindung zwischen den Familienmitgliedern - belegen.

3.1.2 Gehirnorganische Funktionen

Es scheint nahezu erwiesen, dass neurobiologische Bedingungen bei der Entstehung des ADHS wirksam sind. Bildgebende Verfahren lassen darauf schließen, dass ein Zusammenhang zwischen strukturellen Anomalien und verminderten Hirnstoffwechselfunktionen in verschiedenen Bereichen von Kortex und Subkortex mit hyperaktiven Störungen in Verbindung stehen (vgl. Steinhausen 2002: 94). In der Frontalregion des Großhirns sind Minderleistungen sichtbar. Hier werden einzelne Leistungen aus verschiedenen Hirnregionen koordiniert (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 52).

„[Es] zeigt sich in mehreren Studien bei Kindern mit ADHS ein vermindertes zerebrales Gesamtvolumen auf neuroanatomischer Ebene, typische Veränderungen im Hirnstrombild (EEG) auf neurophysiologischer Ebene und eine Veränderung im dopaminergen Neurotransmittersystem auf neurochemischer Ebene“ (Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436).

Eine These ist, dass hyperaktive Kinder auf hirnpfysikalischer oder neurophysiologischer Ebene untererregt sind und sich durch ihr hyperaktives Verhalten selbst anregen, um diesen Mangel auszugleichen. Im Frontalhirn wurde eine verminderte Stoffwechselaktivität nachgewiesen, die eine hemmende Funktion für die Motorik haben sollen (vgl. Altherr in Passolt 1997: 16; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 13f.). Hier werden subkortikale oder automatische Prozesse und motorische Abläufe kontrolliert. Gleichzeitig hat diese Lokalität eine Schaltstellenfunktion zwischen limbischem System, welches für Gefühle, Stimmung und Befinden zuständig ist, und den für die Motorik zuständigen Stammganglien sowie den kognitiven Funktionen der Großhirnrinde, welche die Intelligenz, Planung und Motivation beeinflussen. Die Basalganglien können zum Beispiel durch eine Streptokokkeninfektion strukturell verändert werden.

Als weitere wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer hyperkinetischen Störung des Kindes werden auch während der Schwangerschaft konsumierte Toxine wie Alkohol oder Nikotin, sowie ein geringes Geburtsgewicht und eine postnatale Hirnschädigung beschrieben (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435; Steinhausen 2002: 95). „Vielleicht kann dadurch erklärt werden, dass eine Störung der Hirnfunktion in diesem Bereich

sowohl kognitive als auch emotionale und motorische Symptome hervorbringen kann“

(Altherr in Passolt 1997: 17).

Auf neurochemischer Ebene wird die molekularbiologische These betont, die einen Zusammenhang zwischen Dopamin- und anderen Neurotransmittersystemen und der Entwicklung vom ADHS vermuten lassen: Stoffe wie Dopamin, Serotonin und Noradrenalin sind Überträgerstoffe für Nervenimpulse im Gehirn, deren Störung im Metabolisierungsvorgang das ADHS zu begünstigen scheint (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 11; Altherr in Passolt 1997: 15f.; Lauth/Schlotke/Naumann 2007: 56f.; Steinhausen 2002: 94). Vor allem präfrontale Gebiete des Gehirns und somatosensible Regionen, also wesentliche Bereiche für die Konzentrations- und Motoriksteuerung, sind betroffen von Glukosestoffwechselfälligkeiten. Eine verminderte Stoffwechselaktivität führt zu einer Disbalance zwischen erregenden und hemmenden Zentren im Gehirn. Die hemmenden Zentren sind nicht ausreichend aktiviert oder stimuliert und die erregenden Zentren überwiegen, was sich in einer Hyperaktivität der Betroffenen äußert (vgl. Altherr in Passolt 1997: 16; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 13).

Auf neuropsychologischer Ebene ist eine Störung der Selbstregulation in mehreren Funktionsbereichen sichtbar.

Als zentrale neuropsychologische Bestandteile bei der Entwicklung des ADHS scheinen die Reaktionshemmung oder -verzögerung sowie die exekutive und motivationale Funktion gestört zu sein. Unter motivationalen Funktionen werden Prozesse vor oder bei Handlungen verstanden, also „metakognitive Bereiche wie Reaktionshemmung, Arbeitsgedächtnis, kognitive Flexibilität, Planungsvermögen und Sprechflüssigkeit“ (Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436). Die absente Reaktionshemmung geht laut dieser Theorie nicht von einem elementaren Defizit aus, sondern von einer Aversion gegen Belohnungsverzögerungen. Hyperkinetische Kinder scheinen Verzögerungen zu entfliehen oder sie zu vermeiden. Es wird jedoch gleichfalls erwähnt, dass nicht alle Kinder mit ADHS diese neuropsychologischen Auffälligkeiten zeigen (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 436; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 13f.).

3.2 Psychosoziale Faktoren

Hohe Bedeutungen für die Entwicklung vom ADHS scheinen außerdem die psychosozialen Faktoren zu haben, welche biologische Risiken sogar kompensieren können (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435). Die Kernsymptome des ADHS können als Temperamentsausdruck biologischer Risiken erfasst werden, welche unter kennzeichnenden Umweltbedingungen im Rahmen der Entwicklung zur Offenbarung und Aufrechterhaltung der Symptome beitragen (vgl. Steinhausen 2002: 95).

Als solche Umweltfaktoren gelten ein geringer ökonomischer Status oder die Zugehörigkeit zur sogenannten sozialen Unterschicht, verschiedene familiäre Risikokonstellationen wie Partnerkonflikte und eingeschränkte Erziehungsfähigkeit der Eltern. Letztere werden unter anderem durch unvollständige Familien hervorgerufen, durch überbelegte Wohnungen oder durch psychische Störungen der Eltern, vorwiegend der Mutter. Hieraus können möglicherweise negative Vorbildfunktionen für Kinder und Störungen der Eltern-Kind-Beziehung entstehen, welche als Risikofaktoren für die Entwicklung vom ADHS gelten (vgl. Steinhausen 2002: 95; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435). Solcherweise kann der Schweregrad des ADHS und der längerfristige Verlauf sowie die Komorbidität mit anderen Störungen mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen einhergehen, was in mehreren Studien belegt werden konnte (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 16; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435).

Mit dem ADHS gehen vielfach auch neuropsychologische Auffälligkeiten einher (vgl. Kapitel 3.1.2 Gehirnorganische Faktoren: 18) - wie Störungen der exekutiven Funktionen - welche ferner die Entwicklung von prekären und sich gegenseitig erzwingenden Interaktionen zwischen Eltern, Lehrpersonal oder anderen Bezugspersonen und dem Kind begünstigen. Sie enden meist in einem Teufelskreis, dem abermals eine Zunahme der ADHS-Symptomatik folgt (vgl. Kapitel 2.1.3 Potentiell existentielle Folgen: 9). Aus der Kombination dieser sowohl biologischen als auch psychosozialen Faktoren wurde der Begriff des biopsychosozialen Modells geprägt (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 18; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 16).

3.3 Multifaktorielle Genese

Trotz der ausführlichen Auseinandersetzung mit den detailliert angeführten Ursachen für das ADHS in den angegebenen Veröffentlichungen betonen die meisten Autoren nachfolgend eine multifaktorielle Genese des ADHS.

Im Vergleich zu einer sehr ausführlich behandelten Symptomatik besteht kaum gesichertes Wissen über die Störungsursache (vgl. Altherr in Passolt 1997: 15). An der Tatsache, dass „man [...] sich heutzutage darüber einig [ist], dass das Symptom der kindlichen Hyperaktivität verschiedenste organische, psychische und soziale Ursachen haben kann“ und man „[...] in diesem Zusammenhang von uneinheitlichen, multifaktoriellen oder unspezifischen Wirkungszusammenhängen [spricht]“ (Luckert in Passolt 1997: 24), hat sich bis heute kaum etwas geändert. „Angesichts des Syndrom- und Spektrumcharakters der Diagnose kann eine spezifische und allgemeingültige Ätiopathogenese der hyperkinetischen Störungen nicht angenommen werden“ (Steinhausen 2002: 94).

„Als primäre kausale Faktoren werden genetische Faktoren, Schädigungen des Zentralnervensystems, Nahrungsmittelbestandteile sowie psychosoziale Faktoren diskutiert. Vermittelnde Faktoren sind neurobiologische (neuroanatomische, neurochemische und neurophysiologische) und neuropsychologische Auffälligkeiten und Prozesse, die schließlich hyperkinetische Symptome und koexistierende Störungen und Auffälligkeiten auslösen“ (Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435).

Biologische und konstitutionelle Merkmale scheinen entscheidende ursächliche Faktoren zu sein, welche anschließend von psychosozialen Faktoren flankiert werden, welche die Ausprägung und den Verlauf des ADHS wesentlich beeinflussen können. Insbesondere der Interaktionalität zwischen genetischen Dispositionen und psychosozialen Bedingungen wird demnach eine hohe Bedeutung beigemessen (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 435; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 47; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009 :18).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es „nicht die eine Ursache für die Entstehung einer Aufmerksamkeitsstörung gibt“, dass es jedoch „möglich [ist], zu erklären, wie sie sich herausbildet“ (Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 47).

4. Therapiemöglichkeiten beim ADHS

Im Anschluss an eine präzise Diagnose gibt es verschiedene therapeutische Möglichkeiten, mit der Verhaltensstörung ADHS umzugehen. Die Therapien sind größtenteils auf psychologischer Ebene auf das Kind, seine Familie oder sein Umfeld, vor allem die Schule, zentriert (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440; Hartmann 1997: 52f.; Steinhausen 2002: 95f., 98; Altherr in Passolt 1997: 17ff., 21; Skrodzki in Passolt 1997: 152ff.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 165). Besonders beleuchtet wird hier die Psychoedukation. Weitere im Folgenden geschilderte Möglichkeiten sind die der Behandlung mit Psychopharmaka und Entspannungsverfahren, welche den kindzentrierten Therapiemöglichkeiten zugeordnet sind (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 37; Steinhausen 2002: 98).

Die kindzentrierten bewegungs- und verhaltensbezogenen Therapiemöglichkeiten werden in den anschließenden Kapiteln eingehender veranschaulicht, da hierauf der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt (vgl. Kapitel 5 - 5.1.7.1 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30 - 37; Kapitel 6 – 6.3 Bewegung: 38 - 48).

4.1 Eltern- und familienzentrierte Interventionen

Elterntrainings und Psychoedukation sind inhaltlich sehr ähnliche Methoden, weshalb im Folgenden eine Mischung aus beidem dargestellt wird.

Für ältere Kinder und Jugendliche und deren Familien gibt es neben diesen beiden Methoden die Möglichkeit, in einer kognitiv-behavioralen Familientherapie Anregungen und Anleitungen zu erhalten, welche die Kommunikation produktiver machen, zur Problemlösung beitragen sowie ihre Beziehungen und Einstellungen der Familienmitglieder oder der familiären Bezugspersonen zueinander angenehmer gestalten (vgl. Matzejat/Ihle in Petermann 2006: 106f.).

4.1.1 Psychoedukation und Elterntaining

Mehrfach erläutert werden die eltern- beziehungsweise familienzentrierten Interventionen auf Basis einer verhaltenstherapeutischen Intervention, welchen eine beachtlich hohe Bedeutsamkeit beigemessen wird (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440; Steinhausen 2002: 97f., 292; Skrodzki in Passolt 1997: 160f.; Neuhaus in Passolt 1997: 122ff.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 136, 143f.; Petermann 2006: 95).

Bei Kindertherapien gilt der Grundsatz, die Eltern respektive die erzieherisch tätigen Hauptbezugspersonen miteinzubeziehen (vgl. Steinhausen 2000: 98; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 143). Weil die Eltern beziehungsweise die Familien der vom ADHS betroffenen Kinder im Alltag mit der Symptomatik umgehen müssen, werden hier ansetzende Interventionen in vielen Veröffentlichungen als Basis dargestellt und sind nachweislich auch aufgrund ihres Schwerpunktes auf operanten Prinzipien klinisch wirksam (vgl. Steinhausen 2002: 98; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 21). Elementar ist hierbei, dass die betroffenen Personen unterstützt werden, über ihre Schwierigkeiten sprechen können und im Umgang mit ihrem Kind und ihren Reaktionen auf ihr Kind - womöglich anhand von Irritation, Verärgerung, aggressivem Verhalten und emotionaler Abwehr - verstanden werden (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 158f.; Steinhausen 2002: 98).

In der eltern- oder familienzentrierten verhaltenstherapeutischen Intervention geht es um Psychoedukation mit psychologischen und pädagogischen Elementen der Aufklärung und Beratung der Eltern beziehungsweise der familiären Bezugspersonen der Kinder. Hierbei werden umfangreiche Informationen über die das Störungsbild betreffenden Umstände - wie die Diagnose, eventuelle Ursachen und Auswirkungen, den vermutlichen Verlauf des ADHS und über die Behandlungsmöglichkeiten - vermittelt. Es werden im Sinne eines Trainings allgemeine Strategien im Umgang mit dem Kind thematisiert, wobei auch andere eventuelle Belastungen wie beispielsweise Partnerschaftsprobleme oder die Arbeitssituation der Eltern berücksichtigt werden. Es werden neben zwischenzeitlich entwickelten Problemen im Elternhaus auch solche in der Schule oder der Umwelt besprochen. Auch Sekundärprobleme wie aggressives Verhalten sollen aufgearbeitet und neue Verhaltensstrategien aufgebaut werden (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440;

Skrodzki in Passolt 1997: 158f.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 143f.).

„[Durch Psychoedukation und Trainings werden also] dysfunktionale Regelkreise in der Interaktion von Eltern und Kind unterbrochen, positive Interaktionen verstärkt und umschriebene Verhaltensprobleme vermindert und gegebenenfalls auch negative Konsequenzen eingesetzt, wenn positive Verstärkung nicht hinreichend erfolgreich ist“ (Steinhausen 2002: 97).

Eltern lernen demzufolge in der Verhaltenstherapie, ihr Kind durch konstruktives Verhalten zu unterstützen und derart das Verhalten ihres Kindes günstig zu beeinflussen. Zu diesem Zweck werden Strategien und Verhaltensweisen erlernt, die eine möglichst problemfreie Alltagsgestaltung erlauben, ebenso wie die kindgerechte Vermittlung wichtiger Anweisungen. Hierzu gibt der Therapeut den Eltern respektive Familien oder erzieherisch tätigen Bezugspersonen Informationen und gibt Unterstützung bei der praktischen Umsetzung derer im Alltag (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 135f.).

In Opposition zu anderen Therapierichtungen werden die Bezugspersonen und das Kind nicht nur beraten, sondern oftmals als aktive TherapieprozesssteilnehmerInnen oder Co-TherapeutInnen verstanden. Verhaltenstherapeutisch orientierte PsychologInnen vermitteln den Eltern die Prinzipien der Verhaltenstherapie und assistieren ihnen bei der konkreten Umsetzung im jeweiligen sozialen Kontext: Vor allem bei Interventionsformen, die aus dem Paradigma des operanten Lernens entstanden sind, sowie zu Vor- und Nachteilen von Verhaltensstrategien, welche teilweise rollenspielerisch umgesetzt werden (vgl. Steinhausen 2002: 98, 292; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 135). Der Therapeut hat demnach eine vermittelnde Beratungshaltung inne (vgl. Steinhausen 2002: 98, 292).

Eine solche erziehungsberatende und verhaltensmodifizierende Intervention kann auch in Gruppen stattfinden und solcherweise zusätzlich subjektive Entlastung und Erfahrungsaustausch ermöglichen (vgl. Neuhaus in Passolt 1997: 123).

4.2 Umfeldzentrierte Interventionen

Zahlreiche Elemente aus den zuvor erläuterten eltern- beziehungsweise familienzentrierten Interventionen lassen sich außerdem auf weitere wichtige Bezugspersonen des

Kindes übertragen. Sie werden demnach auch in Kindergärten, Schulen oder ähnlichen Einrichtungen angewandt (vgl. Steinhausen 2002: 98; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440).

Einzubeziehende Personen in eine solche umfeldzentrierte Therapie bei Kindern mit ADHS können neben den Eltern respektive der Familie auch weitere Personen sein, die regelmäßig in Kontakt mit dem Kind sind. Hier sind im Sinne der Interdisziplinarität vor allem Lehrpersonal, Schulleitung, ErzieherInnen, SozialarbeiterInnen, Sonder-, Heil- oder SportpädagogInnen oder ErgotherapeutInnen zu nennen (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 158f.; Neuhaus in Passolt 1997: 138f.; Döpfner in Petermann 2006: 172; Steinhausen 2002: 98; Petermann 2006: 94; Kapitel 6 Bewegung: 38ff.). Die Wirksamkeit von Interventionen in der Schule konnte mehrfach nachgewiesen werden. Als besonders sinnvoll gelten Kontingenzprogramme und verhaltensmodifizierende operante Methoden (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 22f.; Döpfner in Petermann 2002: 172; Döpfner in Petermann 2006: 168; 172; Steinhausen 2002: 97).

In einigen Veröffentlichungen sind konkrete Hinweise zu finden, welche von Lehrkräften und ähnlichen Bezugspersonen praktisch angewandt werden können (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 158f.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 107f.; Döpfner in Petermann 2006: 172). Da hierauf jedoch nicht der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt und die meisten Prinzipien aus den eltern- beziehungsweise familienzentrierten Interventionen auf die der umfeldzentrierten Interventionen übertragbar sind, wird dies im Folgenden nicht weiter vertieft.

„Bei Kindern, die sowohl in der Familie als auch in der Schule behandlungsbedürftige Auffälligkeiten zeigen, sollten Interventionen in der Familie und in der Schule parallel durchgeführt werden, da Generalisierungen von einem Lebensbereich auf den anderen nicht von vornherein erwartet werden können“ (Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 442).

In weiteren Veröffentlichungen wird ebenfalls auf die Schwierigkeit der Generalisierung der Therapieeffekte von einem Bereich auf einen anderen hingewiesen (vgl. Steinhausen 2002: 97; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 134; Kapitel 4.4 Multimodaler Ansatz: 28f.; Kapitel 5 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30f.; Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46ff.).

4.3 Kindzentrierte Interventionen

Als Grundsatz einer kindzentrierten Intervention gilt es, die Eltern oder ähnlich erziehende Funktionen wahrnehmende Bezugspersonen immer mit in die Therapie einzubeziehen, und die Therapieinhalte kindgerecht umzusetzen (vgl. Altherr in Passolt 1997: 21; Steinhausen 2002: 98; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 132ff.; Kapitel 4.1.1 Psychoedukation und Elterntraining: 22). Die zuvor genannte Psychoedukation kann auch auf das Kind zentriert angewandt werden. Weitere im Folgenden eingehender dargestellte kindzentrierte Interventionen sind die Psychopharmakotherapie und Entspannungsverfahren (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 37; Steinhausen 2002: 98). Weitere Therapiemöglichkeiten aus dem verhaltenstherapeutischen sowie dem bewegungstherapeutischen Bereich werden in den folgenden Kapiteln (vgl. Kapitel 5 - 5.1.7.1 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30 - 37; Kapitel 6 – 6.3 Bewegung: 38 – 48) ausführlicher dargestellt und finden deshalb in diesem Kapitel keine Berücksichtigung.

4.3.1 Psychoedukation

Die Psychoedukation beinhaltet ebenso wie bei den Eltern beziehungsweise Familien des Kindes Elemente der Aufklärung wie Informationen über das Störungsbild, die Diagnose und eventuelle Ursachen, den vermutlichen Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Ein weiteres wichtiges Element der kindzentrierten Psychoedukation sind in verschiedenen Lebensbereichen auftauchende Probleme, die besprochen und aufgearbeitet werden, sowie der Aufbau von neuen Verhaltensstrategien zum Beispiel anhand von Rollenspielen und durch die Verstärkung von positivem Verhalten. Auch in der kindzentrierten Psychoedukation haben die TherapeutInnen eine assistierende Beratungshaltung inne und das Kind wird als Co-TherapeutIn angesehen. Das Ziel der kindzentrierten Psychoedukation ist ein möglichst problemfreier Alltag (vgl. Schneider/Margraf 2009: 440; Steinhausen 2002: 288f.; Kapitel 4.1.1 Psychoedukation und Elterntraining: 22f.; Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Therapiemöglichkeiten: 23f.).

4.3.2 Psychopharmakotherapie

Die patientenzentrierte pharmakologische Behandlung kann nicht nur als Basistherapie, sondern auch in Verbindung mit den zuvor erläuterten Therapiemöglichkeiten indiziert sein (vgl. Schneider/Margraf 2009: 440; Hartmann 1997: 52f.; Steinhausen 2002: 95f., 98; Altherr in Passolt 1997: 17ff., 21; Skrodzki in Passolt 1997: 152ff.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 165). Medikamentöse Behandlungen können ebenso wie psychotherapeutische Interventionen nachgewiesenermaßen zu nutzungsabhängigen Umstrukturierungen neuronaler Netzwerke und synaptischer Verschaltungen führen (vgl. Hüther in Passolt 2004: 125).

Insbesondere wenn die hyperkinetische Störung stark funktionseinschränkend und situationsübergreifend ist, werden Psychopharmaka als primäre Therapie eingesetzt, da durch sie eine rasche Symptomminderung möglich ist (vgl. Schneider/Margraf 2009: 439ff.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 155). Für manche Autoren gilt „die Behandlung mit Stimulanzien als Maßnahme der ersten Wahl“ (Steinhausen 2009: 96). In einer mehrdimensional anzulegenden Therapie des ADHS nimmt die Pharmakotherapie eine herausragende Rolle ein, weil diese praktisch erst den Einsatz weiterer therapeutischer Modalitäten ermöglicht. Ohne Stimulanzien könne kaum ein für eine effektive Behandlung tragfähiges Arbeitsbündnis aufgebaut werden sowie keine Ausdauer, Fixierbarkeit und Kooperation entstehen (vgl. ebd.: 95ff.).

Andere AutorInnen sind der Ansicht, dass erst im Anschluss an ineffektive Maßnahmen und aufgrund von hohem Leidensdruck, sowohl des Kindes als auch der Eltern, die medikamentöse Therapie versucht werden sollte (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 160).

Am häufigsten eingesetzt wird der Psychostimulant Methylphenidat, welcher als bestevaluierte Psychopharmaka gilt (vgl. Schneider/Margraf 2009: 442; Steinhausen in Schneider/Margraf 2009: 889). Der Einsatz von Ritalin und ähnlichen Präparaten ist rapide angestiegen: „Mit Ritalin oder einem ähnlichen Präparat dauerbehandelt wurden [...] im Herbst 2001 etwa 50 000 [vom ADHS betroffene Kinder]. 1990 waren es noch lediglich 1500“ (Hüther/Bonney 2002: 12).

Die Kinder wirken durch die medikamentös gesteigerte Aufmerksamkeit ruhiger, ausgeglichener, weniger schnell ablenkbar, sind besser ansprechbar, können Anweisungen

befolgen, sich selbst besser kontrollieren und ihre Impulsivität verringern. Dementsprechend können sie besser lernen, was die Schulleistungen positiv beeinflusst (vgl. Altherr in Passolt 1997: 17ff.). Sekundär werden bei längerer Medikation oftmals die soziale Beziehungsfähigkeit zu den Eltern respektive dem Betreuerpersonal sowie den Bezugspersonen aus der schulischen Umgebung und die Stabilisierung der Persönlichkeit des Kindes beziehungsweise des Selbstwertgefühls verbessert; unter anderem, weil über das Störverhalten weniger geklagt wird, die soziale Ablehnung abnimmt und infolgedessen auf die Sozialfunktionen positiv eingewirkt wird (vgl. Steinhausen 2002: 96f.; Steinhausen in Schneider/Margraf 2009: 889).

In Phasen ohne Medikamentengabe, wie es beispielsweise in den Ferien oder an Wochenenden sein kann, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich das Kind wieder wie früher verhält. Medikamente können also die Grundmerkmale der Störung verringern, ansonsten ist „eine Stimulanzientherapie [...] natürlich eine rein symptomatische Behandlung, aber sie hat Sekundäreffekte, die die weitere Entwicklung günstig beeinflussen“ (Altherr in Passolt 1997: 18; vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 156f.; Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 35; Döpfner in Petermann 2006: 177; Hüther in Passolt 2004: 126).

Damit die Eltern keine falschen Erwartungen haben, spielt die Aufklärung jener über die medikamentöse Behandlung eine herausragende Rolle. „Das Medikament ist kein Wundermittel, das ohne eigenes Zutun wirkt“ (Altherr 1997: 18). Es ist wichtig, jegliche Verhaltensveränderung des Kindes zu registrieren und eine möglichst niedrige Wirkdosis zu finden, was Zeit und Mühe kostet. Die Gesamtdosis kann bei guter Mitarbeit der Familie sehr niedrig gehalten werden (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 158f.; Altherr in Passolt 1997: 17ff.). Bei etwa der Hälfte der medikamentös behandelten Kinder können kaum Unterschiede zwischen Kindern mit ADHS und jenen ohne gemacht werden (vgl. Altherr in Passolt 1997: 17ff.; Steinhausen 2002: 96; Steinhausen in Schneider/Margraf 2009: 889).

Obwohl seit über 80 Jahren Stimulanzien zur medikamentösen Behandlung des ADHS eingesetzt werden, sind sowohl die Neben- als auch die Langzeitwirkungen relativ unbekannt und der Einsatz der Psychopharmaka wird noch immer diskutiert (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 144; Hüther in Passolt 2004: 126; Schneider/Margraf 2009: 439ff.; Steinhausen 2002: 95ff.).

4.3.3 Entspannungsverfahren

„Die Generalisierung von Effekten auf das Verhalten in der Schule oder in der Familie ist bislang nicht schlüssig nachgewiesen worden.“ (Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 37) Durch verschiedene Entspannungsverfahren scheint sich die Symptomatik jedoch zu verringern (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 114; Petermann/Pätel in Schneider/Margraf 2009: 253). Entspannungsverfahren werden als symptomunspezifisches Modul innerhalb komplexer Förderprogramme eingesetzt und dienen häufig als Anfangsritual in der Kinderverhaltenstherapie, um motorische Ruhe oder Konzentration herzustellen. Bei Kindern kann dies anhand von altersangemessenen imaginativen Methoden, wie Phantasiereisen, und bei Jugendlichen durch progressive Muskelrelaxation geschehen (vgl. Petermann 2006: 94; Petermann/Pätel in Schneider/Margraf 2009: 244f.).

4.4 Multimodaler Ansatz

In zahlreichen Veröffentlichungen zur Behandlung des ADHS wird der Ansatz vertreten, dass eine multimodale Therapie effektiver ist als die isolierte Anwendung einer einzelnen Therapie (vgl. Steinhausen 2002: 95; Döpfner in Petermann 2006: 179; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 18f.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 138). Eine isolierte Behandlung kann bei einer vielschichtigen Störung wie beim ADHS kaum wirksam sein, da vielfältige Lebens- und Funktionsbereiche beeinträchtigt sein können (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 18; Steinhausen 2002: 95). „Die Behandlung hyperkinetischer Störungen setzt eine Kooperation des Patienten, der Eltern und [...] der Schule voraus“ (Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 20). Dementsprechend werden national und international multimodale Vorgehensweisen unter Einbeziehung von Psychotherapie, psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie gefordert (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 18).

Wichtig für die Auswahl und Planung einer multimodalen Behandlung ist das Ansetzen in den jeweiligen problembehafteten Bereichen: Diese können sowohl bei dem Kind selbst, als auch in dessen Familie oder in der Schule liegen und sowohl auf die Aufmerksamkeitsschwächen, als auch auf die Impulsivität, die Hyperaktivität oder die Aggressivität bezogen sein. Dieses Prinzip ist zentral, weil Therapieeffekte nur selten von

einem Bereich auf einen anderen generalisierbar sind (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 442; Steinhausen 2002: 97; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 134; Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Interventionen: 24; Kapitel 4.3.3 Entspannungsverfahren: 28; Kapitel 5 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30f.; Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46ff.). Hieraus wird deutlich, dass bei einer multifaktoriellen Genese (vgl. Kapitel 3.3 Multifaktorielle Genese: 20) auch ein multimodaler Ansatz sinnvoll zu sein scheint (vgl. Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46ff.).

5. Kindzentrierte Verhaltenstherapie

Die kindzentrierte Verhaltenstherapie entstammt der Psychotherapie und ist ein wichtiges Element zur Behandlung einer relativ unproblematischen ADHS-Symptomatik. Bei massiven Fällen sollte erst pharmakotherapeutisch begonnen werden, um Grundvoraussetzungen für eine verhaltenstherapeutische Maßnahme zu ermöglichen (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440ff.; Steinhausen 2002: 97f.; Steinhausen 2002: 293, 95ff.; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 135; Kapitel 4.3.2 Psychopharmakotherapie: 26ff.).

Die Verhaltenstherapie mit Kindern ist ebenso differenziert wie die mit Erwachsenen. Sie beinhaltet sowohl komplexe Verfahren, als auch einzelne Techniken. Die Kinderverhaltenstherapie beim ADHS ist manualgestützt, was bedeutet, dass konkrete kindgerechte Vorgehensweisen beziehungsweise Handlungsrichtlinien und Materialien für die Therapiegestaltung vorliegen. Die verhaltenstherapeutische Kinderpsychotherapie ist in ihrer Praxis größtenteils interdisziplinär orientiert (vgl. Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Interventionen: 24; Kapitel 4.3 Kindzentrierte Interventionen: 25; Kapitel 4.4 Multimodaler Ansatz: 28).

„Vor diesem Hintergrund stellt die Kinderverhaltenstherapie nicht nur eine Methode für Klinische Kinderpsychologen oder Pädagogen dar, sondern Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Mitarbeiter in der Jugendhilfe und Frühförderung, Logopäden, Ergotherapeuten, Sport- und Heilpädagogen können solche Ansätze vorteilhaft in ihrer praktischen Arbeit umsetzen“ (Petermann 2006: 94).

Der Aufbau und die Komplexität der Therapiestunde ist unbedingt altersentsprechend anzulegen; eine entspannte kindgerechte Atmosphäre bei der Durchführung hat hohe Relevanz (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 138ff.). Berücksichtigt und miteinbezogen werden sowohl entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse, als auch das Umfeld der Kinder (vgl. Petermann 2006: 93; 96f.; Kapitel 4.3 Kindzentrierte Interventionen: 25). Hier werden Ressourcen der Beteiligten vorausgesetzt, da diese Therapiemethode einen größeren Zeitaufwand benötigt (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440; Steinhausen 2002: 97).

Es existiert eine beachtliche Zahl an verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren, die größtenteils lerntheoretisch begründet sind und sowohl kognitiv als auch operationell sein können (vgl. Petermann/Petermann in Petermann 2006: 16f.). Die Verhaltenstherapie macht

sich das Lerngesetz zunutze, nach dem solche Verhaltensweisen beibehalten werden, die zu einem positiven Ergebnis führen oder geführt haben. Die kindzentrierte Verhaltenstherapie ist demnach darauf ausgerichtet, dem Kind ein erfolgreiches Leben zu ermöglichen (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 135). Durch derart orientierte Trainingsprogramme können die Kinder ihr Selbstwertgefühl stärken und selbständiger werden, so dass sie auch in schwierigen Situationen bestehen können (vgl. Skrodzki in Passolt 1997: 158f.). In welchen Situationen eine Verhaltensmodifikation besonders wichtig ist, bestimmt das Kind mit. Ein Transfer der Lerneffekte aus der Therapie in den Alltag ist einerseits besonders schwierig und andererseits unabdingbar (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 134, Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 442, Steinhausen 2002: 97).

Die Psychoedukation und Motivation der Kinder steht am Anfang einer kindzentrierten Verhaltenstherapie, weil der Leidensdruck aufgrund der externalen Verhaltensstörung zwar existiert, jedoch selten von allein in eine Behandlungsmotivation umgesetzt werden kann. Anhand von spielerischen Mitteln wird eine Beziehung zwischen dem Therapeuten respektive der Therapeutin und dem Kind aufgebaut, folgend werden ihm Informationen und kognitive Interventionsmöglichkeiten vermittelt. Auch in therapieinternen Spielphasen wird sich meist den aufgestellten Lernzielen angenähert. In der Psychotherapie mit Kindern werden Spiel und Sprache als Kommunikationskanäle eingesetzt. Dabei werden das Puppenspiel, das Malen und das Zeichnen als Kommunikationsmittel verwendet. Auf diese Weisen können die Kinder Gefühle und Erfahrungen ausdrücken sowie sich verbalisieren (vgl. Steinhausen 2002: 284; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 138ff.).

5.1 Methoden der kindzentrierten Verhaltenstherapie

Die folgenden Unterpunkte beinhalten verschiedene Methoden der kindzentrierten Verhaltenstherapie. Hierzu zählen Kontingenzprogramme, Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstrainings sowie Selbstkontrolle und -management. Des Weiteren dargestellt werden komplexe kognitive Programme und Soziale Fertigkeiten- und Kompetenztrainings. Auch komplexe Verhaltenstrainings werden erläutert, welchen sich unter anderem das THOP zuordnen lässt.

5.1.1 Kontingenzprogramme

Besonders Kontingenzprogramme, welche auf dem operanten Konditionierungsmodell gründen und Verstärkung als Mittel zur Entwicklung von Verhaltenssteuerung, Konzentration und ruhigem sowie zielbezogenem Arbeiten einsetzen, erweisen sich in der Therapie bei Kindern mit ADHS als wirksam. Derartige Vorgehensweisen müssen kontinuierlich und exakt sowie in der natürlichen Umgebung des Kindes - zum Beispiel zu Hause oder in der Schule - durchgeführt werden: Damit erfordern sie einen hohen personellen und zeitlichen Aufwand (vgl. Steinhausen 2002: 97). In solchen Programmen wird positives Verhalten zum Beispiel anhand von Münzen oder Aufklebern belohnt, die über einen zuvor bestimmten Zeitraum gesammelt werden und nach Ablauf dieser Zeitvorgabe in eine größere angestrebte Belohnung eingetauscht werden können (vgl. Steinhausen 2002: 291; Petermann/Petermann in Petermann 2006: 41f.). „Durch die gezielte Veränderung der Kontingenzen, also der Zusammenhänge zwischen Verhalten und Verhaltenskonsequenzen, kann unerwünschtes Verhalten wirksam beeinflusst werden“ (Petermann/Petermann in Petermann 2006: 41).

5.1.2 Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstrainings

In Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstrainings lernt das Kind, seine Selbstregulationsfähigkeiten und reflexiven Problemlösestrategien zu verbessern, um somit sein Verhalten angemessener steuern zu können. In diesen Trainings lernen Kinder mit ADHS, ihre Aufmerksamkeit anhaltender zentrieren sowie eine bessere Impulskontrolle und das Entwickeln von Handlungsplänen zur besseren Lösung von Aufgaben entwickeln zu können. Anfangs werden bestimmte Strategien des Problemlösungsprozesses anhand einfacher, später komplexerer Aufgaben geübt. Diese werden zunächst verbal und mittels Signalkarten und anschließend subvokal begleitet, bis das Kind diese Strategien in einem „inneren Monolog“ begleiten kann. Der Therapeut respektive die Therapeutin dient hierbei als beobachtbares Modell und gibt geeignete Formen der Handlungsanleitung. Mittlerweile existieren auch Filme, die dieses Modelllernen ermöglichen.

Das Kind lernt so, ein Problem zu definieren, Lösungsschritte zu entwickeln und mit Fehlern umzugehen sowie sich hinterher selbst zu verstärken (vgl. Steinhausen 2002: 98,

291f.; Döpfner in Petermann 2002: 174). Ein entscheidender Schritt ist das Übertragen der erlernten Strategie auf andere Bereiche des Lebens, vor allem auf schulische Inhalte (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 141f.; Petermann 2006: 94).

Solche Konzentrations- und Selbstinstruktionstrainings werden angewandt, wenn auch unter optimalen Bedingungen in einer Untersuchungssituation ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität auftreten. Tritt ein solches Verhalten in der Untersuchungssituation nicht auf, ist ein Selbstinstruktionstraining unnötig, da das Kind über ausreichende Selbststeuerungsfähigkeiten verfügt. In diesem Fall wäre ein direktes Ansetzen im problembehafteten Lebensbereich sinnvoller (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 440f.).

5.1.3 Selbstkontrolle

Auf den zuvor geschilderten Selbstinstruktionen basieren Programme zur kognitiv orientierten Selbstkontrolle (vgl. Steinhausen 2002: 98). „Selbstkontrollverfahren unterstützen Kinder dabei, Verhalten, Gedanken und Gefühle mit Hilfe von Selbstverbalisationen und Selbstinstruktionen zu beeinflussen“ (Petermann 2006: 94). Das Ziel der Selbstkontrolle ist es, über modifizierte Selbstwahrnehmung schrittweise zu einem eigenverantwortlichen Selbstmanagement zu gelangen, was wiederum wichtige Voraussetzung für jegliche langfristig stabile Verhaltensveränderung ist (vgl. Petermann 2006: 94). Hierfür erlernt das Kind Methoden von Selbstregistrierung und -aufzeichnung, sowie Selbstbewertung, -verstärkung oder -bestrafung, und es lernt, seine Ziele und Kontingenzen selbst bestimmen zu können (vgl. Steinhausen 2002: 292).

5.1.4 Selbstmanagement

Selbstmanagement-Methoden sollen das Kind anleiten, in seinem natürlichen Umfeld - hauptsächlich zu Hause oder in der Schule - auf eigene Verhaltensprobleme zu achten und diese zu registrieren. Das Kind soll lernen, sich in kritischen Situationen an bestimmte Regeln zu halten und sich dafür zu bestärken, so dass es alternatives, angemessenes Verhalten zeigen kann (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 444; Döpfner in Petermann

2002: 176). Selbstmanagementtechniken werden oft mit der Selbstinstruktionsmethode oder operanten Verstärkungsmethoden kombiniert (vgl. Döpfner in Petermann 2002: 176). Auch hier spielt das Übertragen der Therapieeffekte auf andere Lebensbereiche eine herausragende Rolle (vgl. Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Interventionen: 24; Kapitel 5 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30f.; Kapitel 5.1.2 Selbstinstruktions- und Selbstregulationstrainings: 32; Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46ff.).

5.1.5 Komplexe kognitive Methoden

In komplexeren kognitiven Methoden lernen die Kinder hauptsächlich durch Problemlösetrainings, systematisch an Konfliktsituationen heranzugehen. Sie lernen erst, das Problem zu definieren. Anschließend klären sie die zur Problemlösung vorhandenen Mittel. Schrittweise geht es zur Umsetzung der Problemlösung und letztendlich wird die anschließende Lösung bewertet. Inhalt solch komplexer kognitiver Methoden sind demnach bestimmte Regeln, an die das Kind sich bei der Problemlösung halten kann und halten soll. In Problemlösetrainings werden Selbstkontrollverfahren häufig mit Fremdverstärkung kombiniert (vgl. Petermann 2006: 94f.).

5.1.6 Soziale Fertigungs- oder Kompetenztrainings

Die meisten Kinder mit ADHS haben ein soziales Kompetenzdefizit durch unvorhersehbares, rücksichtsloses, störendes Verhalten und oftmals ein Problem mit ihrer Ärgerkontrolle: Dies ist die Basis für soziale Fertigungs- oder Kompetenztrainings. In dieser komplexen Methode soll bestehendes Verhalten ausdifferenziert und neue Verhaltensweisen sollen gezielt aufgebaut werden, um soziale Konflikte zu lösen. Hierfür werden die soziale Wahrnehmung und die Wahrnehmung für den eigenen Körper verbessert.

Die Kinder lernen, auch ohne aggressives Verhalten sich selbst zu behaupten. Es wird eine grundlegende verbale Kommunikation geübt. Somit soll eine erfolgreiche Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung mit anderen Kindern sowie kompetentes Sozialverhalten oder interpersonales Verhalten erlernt werden: Soziale Kompetenztrainings fördern

demnach den Aufbau kompetenten und angemessenen Sozialverhaltens

(vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 145ff.; Petermann 2006: 95).

Damit soziale Kompetenztrainings effektiv werden können, muss an die Konfliktsituationen aus dem Alltag des Kindes angeknüpft werden. Aus diesem Grund ist diese Art Intervention vor allem auf den Umgang mit Gleichaltrigen bezogen (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 145ff.). Es wird das Prinzip des Modelllernens und vorstrukturiertes thematisches Rollenspiel eingesetzt, damit ein Transfer von passendem, neu erlerntem Verhalten in den Alltag schrittweise stattfinden kann (vgl. Petermann 2006: 95; Steinhausen 2002: 292; Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 446).

5.1.7 Komplexe Verhaltenstrainings

Komplexe Verhaltenstrainings sind multimodal aufgebaute Trainingspakete aus verschiedenen kombinierbaren verhaltenstherapeutischen Elementen. Kognitive und kognitiv-behaviorale Verfahren können mit sozialen Fertigkeitstrainings kombiniert werden.

Die Basis für solche komplexen Verhaltenstrainings ist eine umfassende Eingangs- und Verlaufsdagnostik. „Im Rahmen der Therapieplanung und -durchführung werden verschiedene Module der kind- und familienbezogenen Behandlung miteinander verknüpft“ (Petermann 2006: 96). „Für eine entwicklungsorientierte Therapieplanung muss man sich an den aktuellen Anforderungen, die das Kind bewältigen soll, und den für das Kind verfügbaren Ressourcen orientieren“ (ebd.: 99). Dies ist kein uniformes Vorgehen, sondern auf den jeweiligen Patienten und dessen Familie abgestimmt. Es wird an den Ressourcen des Kindes und der Familie angesetzt, welche sukzessive erweitert werden (vgl. ebd.: 96, 98,100).

Diese komplexen Verhaltenstrainings können sowohl in Einzel-, als auch in Kleingruppensituationen mit etwa drei bis vier Kindern durchgeführt werden. Es werden ganz konkrete Situationen und dementsprechende Verhaltensweisen eingeübt (vgl. Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 145ff.; Petermann 2006: 98). Zum Beispiel durch Wahrnehmungs- und Verhaltensübungen erhalten die Kinder die Möglichkeit, Rückstände

oder Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung auszugleichen (vgl. Petermann 2006: 98). Die Motivation des Kindes ist hierbei sehr wichtig, weswegen die Sitzungen so aufbereitet werden, dass es das Vorgehen gut nachvollziehen kann. Zusätzlich motiviert es das Kind, wenn seine Alltagserfahrungen miteinbezogen werden und die Sitzungen systematisch aufgebaut sind (vgl. Petermann 2006: 100f.).

5.1.7.1 THOP

Als hervorragendes Beispiel einer multimodalen verhaltenstherapeutisch orientierten Intervention wird oftmals das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) genannt. Gedacht ist dieser Therapieansatz für Kinder zwischen drei und zwölf Jahren.

„[THOP] ist ein multimodales Interventionsprogramm, in dem verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie, im Kindergarten respektive in der Schule und beim Kind selbst mit medikamentösen Interventionen entsprechend der individuellen Problemkonstellation miteinander kombiniert werden können“ (Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 443; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 19).

Ein Bestandteil von THOP ist das Eltern-Kind-Programm, welches hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensstörungen in der Familie vermindern soll und das sowohl Eltern als auch das Kind zur Problembewältigung anleitet. THOP setzt sich aus 21 Behandlungsbausteinen zusammen, in denen familien- und kindzentrierte Interventionen miteinander verbunden sind. Die Therapiemodule sind in sechs Themenkomplexen gruppiert, wie in der Abbildung 2 dargestellt wird (Kapitel 8.1 Abbildungsverzeichnis: 65).

Zweiter Bestandteil von THOP sind Interventionen zur Verminderung von hyperkinetischem (und oppositionellem) Verhalten im Kindergarten respektive in der Schule, die analog zum Eltern-Kind-Programm aufgebaut sind. Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, die therapie relevant sind, werden gemeinsam mit dem Lehr- oder Erziehungspersonal eingegrenzt und definiert. Sie erhalten Informationen zur Problematik des Kindes; anschließend wird gemeinsam ein Störungskonzept aufgebaut, aus dem Behandlungsstrategien abgeleitet werden. Folgend werden pädagogisch-therapeutische Ansätze diskutiert: Sie sollen

durch wirkungsvolle Aufforderungen, positive Aufmerksamkeit bei angemessenem und durch negative Konsequenzen bei auffälligem Verhalten Probleme im Kindergarten oder der Schule vermindern. Schließlich können spezielle verhaltenstherapeutische Techniken, wie Token-Systeme oder Response-Cost-Verfahren, eingesetzt werden. Mindestens ein Besuch seitens der TherapeutInnen in Kindergarten oder Schule sollte erfolgen, ansonsten werden Interventionen in Schule oder Kindergarten größtenteils telefonisch erarbeitet (vgl. Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 19f.).

THOP bildet die Basis für Selbsthilfe- und Präventionsprogramme. Bezugspersonen erhalten in dem Selbsthilfebuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ wichtige Informationen zum Thema ADHS sowie eine Anleitung zur Umsetzung von Interventionen in der Familie. Vorbeugend wirksam wird das Präventivprogramm für expansives Problemverhalten (PEP von Plück et al. 2006), welches eigentlich auf Kindergartenkinder bezogen, aber auch für Schulkinder anwendbar ist. THOP wurde im deutschen Sprachraum intensiv untersucht und wiederholt als effektiv beurteilt (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 444).

6. Bewegung

„Bewegung ist mehr als funktionelle Übungsabläufe aus dem verstaubten Koffer von Turnvater Jahn“ (Köckenberger in Hammer 2004: 453).

Im europäischen Sprachraum wird ein eher ausgedehnter Sport- und Bewegungsbegriff genutzt, hierunter werden nahezu alle Aktivitäten, die mit physischen und mentalen Bewegungen zu tun haben, zusammengefasst (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 23). Bewegung beeinflusst demnach sowohl den Körper als auch die Psyche und somit auch die Denk- und Verhaltensweisen (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 23; Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 924; Schilling 1984: 101f.; Zimmer in Hammer 2004: 57; Hammer 2004: 15).

Im Folgenden Unterpunkt geht es um den Einfluss, den Bewegung auf die Entwicklung des Kindes hat und wie man aufgrund dessen mit Bewegung therapieren kann.

6.1 Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung

„Kindheit ist eine bewegte Zeit, in keiner anderen Lebensstufe spielt Bewegung eine so große Rolle wie in der Kindheit“ (Zimmer 1998: 12).

Bewegung kann in vier Bedeutungsdimensionen unterschieden werden.

Zum einen kann sie funktionell und instrumentell genutzt werden. So kann sie eingesetzt werden, um etwas herzustellen, zu erreichen oder auszudrücken, sowie um etwas zu erfahren oder zu verändern.

Zweitens kann Bewegung eine wahrnehmend-erfahrende Bedeutung haben, denn durch sie kann man etwas über die materiale Beschaffenheit der Gegenstände und der Umwelt erfahren, aber auch über die eigene Körperlichkeit und über Personen in der Umgebung.

Drittens kann Bewegung eine soziale Bedeutung haben. Durch sie kann man Beziehung zu anderen Menschen aufnehmen oder kommunizieren.

Letztendlich hat Bewegung eine personale Bedeutung, denn durch die eigenen Bewegungen macht man Erfahrungen mit sich selbst, man kann sich verändern und verwirklichen (vgl. Grupe 1982: 84f.).

Die Erfahrung, die Kinder anhand von Bewegung und Spiel machen, gehen folglich über den körperlich-motorischen Bereich hinaus. Der eigene Körper ist Ausgangspunkt für inneres und äußeres Erleben, durch den es wichtige Erfahrungen auch über seine eigene Person macht und lernt sich selbst zu steuern. Bewegung kann als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit verstanden werden, was wiederum bedeutet, dass menschliches Verhalten auf Bewegungserfahrungen basiert (vgl. Fischer in Passolt 1997: 50). Anhand von Bewegung setzt das Kind sich mit seiner materialen und sozialen Umwelt auseinander und gewinnt Erkenntnisse über deren Gesetzmäßigkeiten und Regeln (vgl. Zimmer 1998: 23). Für Kinder sind sowohl Spiel als auch Bewegung demnach Betätigungs- und Ausdrucksformen und gleichzeitig elementare Medien ihrer Erfahrungsgewinnung (vgl. ebd.: 13). Selbsttätigkeit und Eigenaktivität kann als intensivste Form der Erfahrungsaneignung gelten (vgl. Rolff/Zimmermann 1985; zit. n. Zimmer 1998: 16). „Neue Fähigkeiten schaffen auch ein neues Selbstbewusstsein“ (Skrodzki in Passolt 1997: 161).

6.1.1 Identitätsentwicklung

Über die Erfahrungen, die das Kind mit seinem Körper macht, entwickelt es ein Bild von seinen eigenen Fähigkeiten und gewinnt eine Vorstellung von der eigenen Person. Durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers können bereits Kleinstkinder zwischen Ich und Umwelt unterscheiden. Körpererfahrungen sind also Selbsterfahrungen (vgl. Zimmer 1998: 23ff.).

Auch durch die Erfahrung und Verarbeitung von Fremdeinschätzungen wird das Selbstkonzept entwickelt. Mittels des Beobachtens der Wirkung des eigenen Verhaltens kann das Kind Rückschlüsse auf seine eigene Person ziehen. Vor allem in Gruppen außerhalb der Familie wird ein Vergleich mit anderen Gruppenmitgliedern möglich und unausweichlich. Durch unterschiedliche Wertschätzungen, die das Kind durch Personen seiner Umgebung wahrnimmt, können fremde Wertmaßstäbe übernommen werden und die spezifische Bewertung der eigenen Person beeinflussen.

Ferner stützt das Auseinandersetzen mit Objekten die Entwicklung des Selbstkonzeptes. Besonders in Bewegungshandlungen lernen Kinder, dass sie Ursache

bestimmter Effekte sind. Das Handlungsergebnis verbinden sie mit ihrem eigenen Können und entwickeln dementsprechend ein Konzept ihrer Fähigkeiten.

Die Körpererfahrungen, die das Kind macht, sind also die Grundlage der kindlichen Identitätsentwicklung: Es kann hierüber ein Selbstkonzept sowie Selbstbewusstsein und -vertrauen entwickeln. Dies resultiert aus den Erfahrungen, die das Kind in der Vergangenheit im Hinblick auf seine Leistungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen machen konnte. „In das Selbstkonzept gehen sowohl eigene Interpretationen als auch Rückmeldungen durch die Umgebung ein“ (Zimmer in Hammer 2004: 58f.).

Das Selbstkonzept wirkt sich auf die Selbstwahrnehmung des Kindes aus. Kinder mit einem tendenziell negativen Selbstkonzept unterschätzen sich oft und infolgedessen können unbekannte Situationen und neue Anforderungen als bedrohlich aufgefasst werden. So kann ein Teufelskreis negativer Erfahrungen entstehen. Kinder mit einem tendenziell positiven Selbstkonzept sind bei Misserfolgen nicht sofort zu entmutigen und trauen sich somit auch eher an neue Anforderungen und unbekannte Situationen heran (vgl. Zimmer 1998: 28f.).

6.1.2 Kognitive Entwicklung

Die geistige Entwicklung in den ersten Lebensjahren beruht vor allem auf Bewegungs- und Wahrnehmungsvorgängen. Erprobendes und experimentierendes Umgehen mit Materialien und Gegenständen ermöglicht das Verstehen der Umwelt: In diesen einfachen Handlungen und Tätigkeiten des Kindes liegt die Basis für jede weitere Erkenntnisgewinnung. Die Intelligenz des Kindes entwickelt sich in der handelnden Auseinandersetzung mit den Objekten seiner Umwelt. Dies ist Inhalt der von Piaget entwickelten Entwicklungs- beziehungsweise Interaktionstheorie, welche verdeutlicht, dass Bewegung für Kinder einen wesentlichen Zugang zur Welt bedeutet (vgl. Zimmer 1998: 38ff.).

Etwa ab dem siebten Lebensjahr des Kindes ist die geistige Handlung nicht mehr von den realen Gegebenheiten der Außenwelt abhängig: Es entwickeln sich konkrete Denkopoperationen. Formale Denkopoperationen treten ab einem Alter von etwa 11 Jahren auf; das Denken läuft nun in Form abstrakter Überlegungen ab (vgl. ebd.: 41).

„Mit dem Erwerb vielseitiger Erfahrungen durch das Medium Bewegung wird eine Erweiterung kindlicher Handlungskompetenz erreicht. Das Kind setzt die Bewegungsaktivität ein, um zu einem Wissen über seine Umwelt zu gelangen, ein Wissen, das auf der eigenen selbständig gewonnenen Erfahrung basiert und nicht aus zweiter Hand erworben wird“ (Zimmer 1998: 49).

6.1.3 Soziale Entwicklung

Durch Erfahrungen, die Kinder im alltäglichen Umgang mit anderen machen, werden soziale Lernprozesse entscheidend beeinflusst.

Kinder lernen in Zusammenarbeit mit anderen grundlegende Qualifikationen sozialen Handelns, nämlich soziale Sensibilität sowie Toleranz und Rücksichtnahme, zu entwickeln. Erst mit etwa sechs Jahren werden Kinder fähig, weniger egozentrisch zu handeln und zu denken, sondern das eigene Handeln aus der Perspektive eines anderen zu reflektieren. Dies ist die Voraussetzung, um Reaktionen und Gefühle von ihren Mitmenschen vorherzusehen und sich dementsprechend darauf einrichten zu können. Weitere Grundqualifikationen sozialen Handelns sind das Entwickeln von Regelverständnis und von Kontakt- und Kooperationsfähigkeit sowie von Frustrationstoleranz (vgl. Zimmer 1998: 30ff.).

Um in eine soziale Gemeinschaft hineinwachsen zu können, sind Kinder auf andere Kinder angewiesen. In Bewegungsangeboten werden Grundregeln des Sozialverhaltens erprobt, indem sich die Kinder mit ihren Spielpartnern auseinandersetzen, Konflikte lösen lernen, Rollen übernehmen, Spielregeln aushandeln und diese anerkennen (vgl. Ungerer-Röhrich 1990, zit. n. Zimmer 1998: 32). Spiel und Bewegung beinhalten folglich nicht nur positive Erfahrungen, denn entstehende soziale Lernprozesse können neben einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen des Kindes durch Rücksichtnahme und Toleranz auch Konkurrenz und Rivalität provozieren (vgl. Zimmer 1998: 36f.; Kapitel 6.1.1 Identitätsentwicklung: 39f.).

6.2 Therapie durch Bewegung

Dieses Kapitel beinhaltet nicht lediglich die Bewegungstherapie in ihrer definitiven Bedeutung, sondern im Sinne einer Therapie, die sowohl den physischen als auch den psychischen Zusammenhang innerhalb eines Menschen berücksichtigt.

Es gibt viele Arbeitsfelder die diese Erkenntnis als Grundlage für ihre Handlungsweisen nehmen. Hier sind neben der Psychomotorik beziehungsweise der Mototherapie oder -pädagogik auch die Sporttherapie oder -pädagogik, sowie die Ergotherapie zu nennen. Diese werden im Folgenden dargestellt (vgl. Kapitel 6.2.1 - 6.2.4: 42 - 46).

In den Zielsetzungen dieser Arbeitsfelder gibt es geringe Unterschiede und viele Gemeinsamkeiten. Da es in dieser Arbeit um die Beleuchtung einer - im Sinne dieser verschiedenen Tätigkeitsfelder - bewegenden Therapie geht, werden die Differenzen zwischen ihnen nicht eingehender beleuchtet.

6.2.1 Psychomotorik

„Zur Kennzeichnung der Wechselwirkung zwischen dem Psychischen und Somatischen, und als Reaktion gegen die [...] vorherrschende biomechanisch-biologische Sichtweise, wurde der Begriff der Psychomotorik [...] eingeführt“ (Hammer 2004: 15). Die Psychomotorik betont demnach die Bedeutung einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen. Nachdem eine wissenschaftliche Lehre der Motorik entwickelt wurde (Motologie), entstanden die Begriffe der Mototherapie beziehungsweise -pädagogik, abhängig davon, ob man im klinischen oder pädagogischen Bereich tätig ist.

Die genannten Begriffe haben für die praktische Arbeit die übereinstimmende Bedeutung, dass nicht leistungsorientiert, sondern entwicklungsorientiert und ganzheitlich angesetzt werden sollte. „Psychische, kognitive, emotionale, soziale und somatische Prozesse sind aufeinander bezogen, an jeder Handlung ist immer der ganze Mensch beteiligt“ (Zimmer in Hammer 2004: 57). Berücksichtigt werden hierbei auch psychisch und physisch beeinträchtigte Kinder. Sport und Bewegung werden in diesen Ansätzen als Handlungen gesehen, die immer absichtlich geschehen und in den Umweltkontext

einbezogen sind, in dem das Kind lebt. Durch motorische Lernprozesse kann das Kind demnach Handlungskompetenzen erwerben (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 23; Hammer 2004: 46).

6.2.1.1 Motopädagogik

Die Motopädagogik hat das Ziel, den Erwerb und die Modifikation von Wahrnehmungs- und Bewegungsmustern zu ermöglichen. Durch die kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit ihnen sollen die Kinder Verhaltensstrategien entwickeln lernen. Durch das Erfahren und Erleben des eigenen Körpers und die Fähigkeit, mit ihm umgehen zu können, entwickeln Kinder die sogenannte Ich-Kompetenz. Durch die Fähigkeit, sich an die Umweltgegebenheiten anzupassen, mit diesen umzugehen und sie zu verändern, entfaltet sich die sogenannte Sach-Kompetenz. Eine soziale Kompetenz entwickeln sie durch das Kommunizieren mit anderen, sowie durch die Fähigkeit des Anpassens an Andere und durch das Anpassen der Anderen an sich (vgl. Schilling 1981: 187f., zit. n. Hammer 2004: 46).

„[Handlungskompetenz lässt sich schaffen durch] eine umfassende Kenntnis des eigenen Körpers, der materialen und sozialen Umwelt, das handelnde Umgehen-Können mit sich selbst, mit Materialien und anderen Personen [...]. Dabei spielt das Selbst-Tun, das Selbst-Erforschen und -Erfahren sowie die emotionale Verarbeitung dieser Erfahrungen eine große Rolle“ (Schilling 1992: 17, zit. n. Hammer 2004: 46).

6.2.1.2 Mototherapie

Die Ziele und Kompetenzbereiche der Motopädagogik überschneiden sich größtenteils mit denen der Mototherapie, welche eher auf Störungen bezogen ist. Um weitere Entwicklungen zu ermöglichen, soll die primäre Symptomatik abgebaut werden. Die Verbesserung der psychomotorischen Leistungsstruktur soll das Verhalten stabilisieren und harmonisieren, die Handlungsspielräume erweitern und somit die psychomotorische Verhaltensstruktur verändern. So kann eine Isolierung verhindert und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden. Die Einstellung gegenüber der eigenen Verhaltensproblematik soll verändert werden, damit der Patient lernt, sich mit seiner

Störung zu arrangieren und Kompensationsmechanismen abzubauen (vgl. Schilling 1986: 65, zit. n. Hammer 2004: 47f.).

6.2.2 Sportpädagogik

Sportpädagogik schließt Kinder mit psychischen und körperlichen Einschränkungen nahezu aus, weil in diesem Bereich die Vermittlung von sportartspezifischen Fertigkeiten zentral ist. Die Erweiterung der Sportpädagogik auf sonder- und heilpädagogische Bereiche geht einen Schritt in Richtung der Inklusion dieser Kinder: Sie ist einerseits auf einzelne Personen zentriert und führt andererseits zu einer aktiven Gruppendynamik (vgl. Hammer 2004: 16ff.; 46; Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 26).

6.2.3 Sporttherapie

Sporttherapie ist ein Tätigkeitsbereich, der aus dem übergeordneten Bereich der Bewegungstherapie entstanden und auf den psychischen und sozialen Bereich erweitert worden ist (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 23).

„Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen“ (Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 23).

Es sollen neben den funktionellen Elementen auch edukative und psychosoziale Elemente berücksichtigt werden, „jedoch finden sich noch wenig Konzepte, die diesem Anliegen auch tatsächlich gerecht werden“ (Huber in Schüle/Huber 2000: 165). „Nur wenn es gelingt, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten so zu vermitteln, dass diese im Alltag umgesetzt werden können, kann von einem Lernerfolg gesprochen werden“ (Huber in Schüle/Huber 2000: 170).

Das Ziel der Sporttherapie ist es, über den physischen, den psychischen und den sozialen Bereich die Ich- und Sozialkompetenz zu stärken. Das übergeordnete Ziel hierbei ist die Verbesserung der Handlungs- und Sozialkompetenz (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 24). Eine allgemeine Sporttherapie basiert vor allem auf psychosozialen Aspekten. Es sollen Lebensqualität und Wohlbefinden verbessert werden, was schwerpunktmäßig einen Beitrag zur sozialen Integration darstellt (vgl. Vanden-Abeele/Schüle in Schüle/Huber 2000: 25).

6.2.4 Ergotherapie

Ergotherapie beinhaltet bereits in ihrer Begrifflichkeit die Aspekte der Selbsttätigkeit und des Sich-Bewegens und ist daher ein handlungsorientierter Ansatz. Frühere Ansätze galten als einseitig und alltagsfern und demnach als wenig erfolgreich. Mittlerweile orientiert sich die Ergotherapie an der empirischen Psychologie und an Konzepten aus der Verhaltenstherapie. Die ergotherapeutischen Fördermaßnahmen werden in solch psychologische Konzepte eingearbeitet.

Zur Wirksamkeit der traditionellen ergotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen liegen keine empirischen Untersuchungen vor. Verhaltenstherapeutisch orientierte Übungsprogramme im Rahmen einer Ergotherapie haben jedoch nachgewiesenermaßen einen günstigen Effekt auf das ADHS. Inhalte der Ergotherapie können dementsprechend Module aus dem THOP oder des Sozialen Kompetenztrainings sein (vgl. Kapitel 5.1.6 Soziale Fertigungs- und Kompetenztrainings: 34f.; 5.1.7.1 THOP: 36f.).

THOP ist ein Therapieprogramm für Kinder mit hyperaktivem und oppositionellem Problemverhalten. Es besteht zum einen aus dem Eltern-Kind-Programm, welches hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensstörungen in der Familie verhindern soll. Es werden sowohl die Eltern als auch das Kind zur Problembewältigung angeleitet. Zweiter Bestandteil von THOP sind Interventionen zur Verminderung von hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten im Kindergarten oder in der Schule, welche analog zum Eltern-Kind-Programm aufgebaut sind (vgl. Kapitel 5.1.7.1 THOP: 36f.).

Für ein soziales Kompetenz- oder Fertigkeitstraining sind soziale Kompetenzdefizite durch unvorhersehbares, rücksichtsloses, störendes Verhalten und teilweise auftretende Probleme mit der Ärgerkontrolle der Kinder die Basis. Bestehendes Verhalten soll ausdifferenziert und neue Verhaltensweisen sollen gezielt aufgebaut werden, um soziale Konflikte zu lösen (vgl. Kapitel 5.1.6 Soziale Fertigungs- oder Kompetenztrainings: 34f.).

Eine ergotherapeutische Intervention kann außerdem Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining sowie Verhaltens- und Gedächtnistraining ebenso wie Psychomotorik und Entspannung beinhalten (vgl. Färber in Hammer 2004: 286; Lauth/Schlottke/Naumann 2007: 185ff.; Kapitel 4.3.3 Entspannungsverfahren: 28; Kapitel 5.1 Methoden der kindzentrierten Verhaltenstherapie: 31f.; Kapitel 6.2.1 Psychomotorik: 42).

6.3 Bewegung und das ADHS

„Das Kind, das nur unzureichend sich und seinen Körper beherrscht und seine Willkürmotorik kontrollieren kann, zeigt [...] sehr häufig Sekundärstörungen im emotionalen und sozialen Bereich“ (Schilling 1984: 101f.).

Ein Bewegungsfachmann respektive eine Bewegungsfachfrau erkennt an der Motorik eines Kindes mit ADHS, dass zu viele, zu schnelle und zu kraftaufwändige Bewegungen ausgeführt werden und die Bewegungsproduktion maßlos gesteigert zu sein scheint. Es besteht ein Drang zu großräumigen (Fort-)Bewegungen sowie ein auffällig gesteigerter Redefluss. Trotz eines hohen Energieaufwandes sind die Leistungen tendenziell unbefriedigend. In Bereichen der Feinmotorik und der Auge-Hand-Koordination sowie der Fingergeschicklichkeit und infolgedessen der Schreibmotorik treten Mängel auf, ebenso bezüglich der Körperbalance (vgl. Kiphard 1988, zit. n. Altherr in Passolt 1997: 13).

Der Zusammenhang zwischen Sport und körperlicher Gesundheit wurde umfassend erforscht und empirisch belegt. Die Evaluation bezüglich des Zusammenhanges zwischen Sport und psychischer Gesundheit ist kaum vorhanden: Eine Änderung dessen sollte unbedingt angestrebt werden (vgl. Steinhausen 2002: 310). Bei gesunden Kindern und Jugendlichen „liegt zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden ein

positiver Zusammenhang vor“ (Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 924). Als beste Einzelindikatoren für das psychische Wohlbefinden gelten das Selbstkonzept und der Selbstwert. Es wurde festgestellt, „dass Sport und Bewegung speziell im Kindes- und Jugendalter als wichtige Moderatoren für eine positive Entwicklung des allgemeinen Selbstkonzepts gesehen werden können“ (ebd.).

Vertreter der Pharmako- und Verhaltenstherapie schreiben bewegungsorientierten Interventionsmodellen beim ADHS nur eine geringe Wirksamkeit zu (vgl. Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 929). Grund hierfür ist, dass sich die Generalisierung der während der Therapie entstandenen Effekte auf die natürlichen Lebensbereiche des Kindes als schwierig erweisen. In einigen Fällen wird jedoch von positiven Effekten auf die hyperkinetische Symptomatik berichtet (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2000: 37).

1995 wurden Hinweise darauf geliefert, dass sich körperliche Aktivität günstig auf störendes Verhalten im Unterricht auswirkt und dass Kinder mit ADHS vom Sport profitieren könnten (vgl. Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 929).

Zehn Jahre später wurden fünf bewegungsorientierte Fördermaßnahmen bei vom ADHS betroffenen Kindern untersucht, was zu dem Ergebnis führte, dass vor allem Orientierungslaufen, heilpädagogisches Voltigieren, Zirkusübungen und psychomotorische Übungen in Turnhalle und Wasser die Kernsymptomatik verbessern.

„Die Unterlegenheit eines herkömmlichen Bewegungstrainings kann auch als Indiz gewertet werden, dass körperliche Aktivität nicht per se die ADHS-Symptomatik beeinflusst. Diesbezüglich [wird verwiesen] auf Sportarten, die auf ein strukturierendes Medium zurückgreifen (z.B. Wasser, Trampolin, Ruderboot, Pferd...). Sinnvoll dürften auch asiatische Kampfsportarten wie Judo, Karate oder Aikido sein, denn deren Rituale geben dem ADHS-Kind eine klare Struktur vor“ (Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 929).

Die an die bewegungszentrierte Intervention anschließenden Eltern- und Lehrerurteile fielen mehrheitlich positiv aus (vgl. Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 929).

„Die empirische Befundlage stimmt zuversichtlich, dass eine positive Beeinflussung der psychischen Gesundheit mittels Sport möglich ist“ (ebd.).

Der Ansatz funktioneller Therapien zielt auf primäre neuropsychologische Funktionsdefizite; die sekundären Störungen werden eher als Indikationsgebiet für Psycho- und Verhaltenstherapie gesehen (vgl. Steinhausen 2002: 309). „In der Praxis hat sich zunehmend eine integrative Verwendung einzelner Bausteine der verschiedenen Ansätze statt einer strikten Anwendung kompletter Programme einzelner Ansätze und Schulen bewährt“ (ebd.).

7. Fazit

Ich möchte mich in diesem Fazit auf mir besonders wichtig erscheinende Inhalte der vorliegenden Arbeit beschränken:

Erstens möchte ich beleuchten, dass ADHS als Problem unserer Zeit und Gesellschaft verstanden werden kann und sich daraus eine Stigmatisierung der Betroffenen entwickelt.

Zweitens möchte ich noch einmal die Bedeutung von sorgfältigen Diagnosen betonen und daran anknüpfend meine Meinung zur Psychopharmakotherapie darlegen.

Drittens halte ich sowohl verhaltenstherapeutische als auch bewegungstherapeutische Ansätze für effektiv und möchte hier noch einmal auf die Interdisziplinarität zurückkommen.

7.1 Negativer Fokus auf das ADHS und Stigmatisierung

- **Gesellschaftlicher Fokus auf Kinder mit ADHS**

Zu Beginn dieser Arbeit wird verdeutlicht, dass ADHS eher negativ konnotiert ist (vgl. Kapitel 2 ADHS: 4; Kapitel 2.1 Symptome: 4f.). Es wird dargestellt, dass vor einigen Jahren undifferenzierte Beschreibungen von Kindern mit ADHS in der Fachliteratur zu finden waren. Heute ist die Sichtweise auf Kinder mit ADHS - zumindest in der Fachliteratur - tendenziell positiver; was sich wahrscheinlich auf vermehrt empirische Forschung und die über Jahre allgemein gemachten Erfahrungen mit von ADHS betroffenen Kindern zurückführen lässt.

In den meisten Fällen wird in der Fachliteratur der Begriff der Störung benutzt, was trotz der mittlerweile tendenziell positiv veränderten Perspektive auf ADHS verdeutlicht: Kinder mit ADHS stören die normativen Vorstellungen und Ausrichtungen unserer Gesellschaft. Doch *sind* Kinder mit ADHS tatsächlich gestört? Oder *fühlen wir* uns von ihnen gestört, weil wir versuchen, sie in ein für sie unpassendes Gefüge zu drängen?

In manchen Büchern wird der eher negative Blick auf Kinder mit ADHS mit einer geringer werdenden gesellschaftlichen Toleranz gegenüber kindlichem Verhalten erklärt. Meist kommt eine ADHS-Diagnose zustande, weil die vom ADHS betroffenen Kinder von

den Erwartungen der Erwachsenen abweichen. Weil die Zahl derjenigen mit der eben genannten Ansicht die Zahl der Kinder mit ADHS übersteigt, wird das Problem den betroffenen Kindern zugeschoben und in diesen selbst lokalisiert. Früher galten dem ADHS ähnliche Verhaltensweisen bei Kindern womöglich als normal oder kindlich. Gesellschaftskritische Ansätze sehen das ADHS als Reaktion auf eine veränderte Gesellschaft und infolgedessen auf eine veränderte Kindheit: Bewegungsarmut, zu häufiger und zu langer Fernsehkonsum, Reizüberflutung und eine Beschleunigung des Lebens allgemein werden als ursächlich für das ADHS genannt. Ebenso erwähnt werden erhöhte Ansprüche an die Kinder und Leistungsdruck sowie Multitasking, anstelle von Konzentration auf eine bestimmte Sache, die Vernachlässigung der Kinder und Strukturlosigkeit in mehreren die Kinder betreffenden Lebensbereichen. Das ADHS wird also eher als ein gesellschaftliches Konstrukt verstanden, und nicht als ein in den Kindern existierender Fehler.

Viele Menschen scheinen die Meinung zu vertreten, dass Kinder artig, ruhig und folgsam sowie unauffällig und angepasst sein sollten; was sie natürlicherweise nicht in jeglicher Hinsicht sind und auch keinesfalls sein können. „Gestörte Kinder“ fallen in diesem Zusammenhang aufgrund ihres Verhaltens intensiv nachteiliger auf. Auch oder vielleicht besonders bei Mitgliedern unserer Gesellschaft, die nicht unmittelbar mit vom ADHS betroffenen Kindern in Verbindung stehen, scheint deren Verhalten nahezu ausschließlich negative Reaktionen auszulösen.

Aus diesem Grund sollte möglichst interdisziplinär in jeglichen vom ADHS beeinflussten Lebensbereichen der betroffenen Kinder aufgeklärt und interveniert werden. Würde flächendeckend und vielseitig sowie realistisch und interdisziplinär über das ADHS aufgeklärt werden, könnte man auf mehr Verständnis seitens der Gesellschaft für das Problem und das Verhalten von Kindern mit ADHS hoffen.

- **Stigmatisierung der von ADHS betroffenen Kinder**

Durch die eben beleuchtete negative Perspektive auf Kinder mit ADHS können diese nahezu gänzlich auf ihr nachteilig bewertetes Verhalten reduziert und infolgedessen stigmatisiert werden (vgl. Kapitel 2.2 Diagnostik: 9f.). Aus einer solchen Position können sich die betroffenen Kinder nicht selbst befreien. Auch durch die zuvor erwähnte, stark

vorangetriebene Aufklärung könnte eine Stigmatisierung der Kinder mit ADHS massiver werden.

Diese Stigmatisierung kann in verschiedenen Lebensbereichen stattfinden: In Familie und Freundeskreis, in der Schule oder auch in der Gesellschaft generell. Dies kann zur Folge haben, dass Kinder mit ADHS sich den erwähnten Gruppierungen nicht zugehörig oder sogar von ihnen ausgestoßen fühlen. Schlimmstenfalls kann dies eine Verweigerung jeglicher Unterstützung zur Folge haben, was wiederum eine Verschärfung der Situation entstehen lassen kann.

Insofern liegen Unterstützung und Stigmatisierung nahe beieinander und es sollte Ziel werden, hier eine Balance zu finden.

- **Bildungs- oder Schulsystem**

Auf eine nachteilige Perspektive und Behandlung und auf Stigmatisierungsprozesse in der Schule möchte ich hier besonders hinweisen, weil diese Institution zukunftsweisend für die vom ADHS betroffenen Kinder ist.

Lehrpersonal und MitschülerInnen registrieren deren auffälliges Verhalten und wissen zumindest oberflächlich um die Gründe dafür. Dementsprechend voreingenommen - im positiven sowie negativen Hinblick - gehen sie mit den vom ADHS betroffenen Kindern um. Vor allem bezüglich der Regelverstöße, welche in einem stringenten System wie der Schule nahezu automatisch geschehen, können massive Konsequenzen folgen, die einem Kind nachhaltig zum Verhängnis werden können (vgl. Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 5f.; Kapitel 2.1.2 Sekundäre Folgen: 7f.; Kapitel 2.3.2 Verlauf: 15).

Zur Verdeutlichung möchte ich hier ein Negativbeispiel anbringen, was einen Stigmatisierungsprozess in der Schule exemplifizieren soll:

In den meisten Regelschulen wird in Klassen mit knapp 25 Kindern unterrichtet. Die Lehrkraft bekommt das Gefühl, das vom ADHS betroffene Kind würde durch auffälliges und störendes Verhalten die anderen Kinder seiner Klasse nachhaltig negativ beeinflussen. Zum Schutz der Anderen wird das Kind mit dem auffälligen Verhalten vom Unterricht ausgeschlossen. Auf diese Weise verpasst es wichtige Unterrichtsinhalte und kann den Leistungsanforderungen des Schulsystems nicht entsprechen. Auch aus der über den Unterricht

hinausgehenden Klassengemeinschaft könnte das Kind mit ADHS ausgeschlossen werden. Aufgrund dieses fehlenden Zugehörigkeitsgefühls mehrt sich wiederum regelverstoßendes Verhalten. Letzte und gravierende Konsequenz wäre ein Schulverweis für das keineswegs absichtlich auffällig gewordene Kind.

Erschwerend kommt bisweilen hinzu, dass das Lehrpersonal die Erfahrungen mit bestimmten und eher auffälligen Kindern dem Kollegium mitteilt. Dies hat zur Folge, dass auch Lehrpersonal, welches nicht in direktem Kontakt mit dem auffällig gewordenen Kind steht, ein tendenziös vorgefertigtes Bild von diesem hat. Anschließende Begegnungen mit dem Kind werden dann mit einer bereits vorgefertigten Interpretation vonstatten gehen. Ein solcher „Teufelskreis negativer Aufmerksamkeit“ kann zur Entstehung von Lernschwierigkeiten, Schulleistungs- und sogar Entwicklungsstörungen beitragen, welche sich gravierend auf das zukünftige Leben des Kindes auswirken können; denn für dies legt nicht zuletzt die Schule den Grundstein (vgl. Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 5f.; Kapitel 2.1.2 Sekundäre Folgen: 7f.; Kapitel 2.1.3 Potentiell existentielle Folgen: 8f.).

Auch im System Schule halte ich Aufklärung über das ADHS im Allgemeinen für einen Schritt in Richtung Verständnis und Unterstützung der betroffenen Kinder. Wobei auch hier auf die Ausgewogenheit zwischen Unterstützung und Stigmatisierung der Kinder mit ADHS geachtet werden muss.

Konkrete und praktisch umsetzbare Handlungsalternativen in Bezug auf regelverstoßendes Verhalten seitens des Kindes mit ADHS sollten genauso Inhalt sein, wie der Einsatz von weiterem pädagogischen Personal zur Unterstützung des Lehrpersonals und des Kindes mit ADHS, zum Beispiel einem Schulsozialarbeiter/einer Schulsozialarbeiterin. Der im oben dargestellten Negativbeispiel angeführte „Teufelskreis negativer Aufmerksamkeit“ könnte derart womöglich durchbrochen werden.

Derzeit ist absehbar, dass Kinder mit ADHS unter diesen Anforderungen und Erwartungen des Schulsystems noch viele Jahre leiden müssen; denn die Anforderungen des Schulsystems sind gegenwärtig kaum vereinbar mit dem Verhalten von Kindern mit ADHS (vgl. Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 5f.; 2.1.2 Sekundäre Folgen: 7f.; Kapitel 2.1.3 Potentiell existentielle Folgen: 8f.; Kapitel 2.3.2 Verlauf: 14f.).

Nachhaltig wäre, meiner Meinung nach, vor allem eine Umstellung des Bildungssystems geeignet, damit die betroffenen Kinder nicht automatisch an dessen Grenzen stoßen. Ein solches Unterfangen wäre allerdings eine äußerst langfristige Angelegenheit und auch währenddessen wären wieder die störenden Kinder die Leidtragenden. Dergestalt liegt offenbar die kurzfristigere Lösung nahe, anstelle eines ganzen Systems eher das Verhalten der vom ADHS betroffenen Kinder zu ändern.

7.2 Diagnosen und Psychopharmakotherapie

- **Diagnosen**

Wie in dem Kapitel über Diagnosen dargestellt wurde, ist eine genaue Diagnostik vom ADHS unabdingbar für weitere Vorgehensweisen (vgl. Kapitel 2.1.1 Kernsymptome: 6; Kapitel 2.2 Diagnostik: 9ff.; Kapitel 2.3.1 Epidemiologie: 13). Viele Kinder gelten als vom ADHS betroffen, weil sie homologes Verhalten zeigen. Um das ADHS sicher diagnostizieren zu können, ist Differenzialdiagnostik notwendig, was den Diagnosevorgang enorm personal- und zeitaufwändig macht.

Eine nicht sorgfältig erstellte Diagnose kann zur Folge haben, dass das Kind und dessen Bezugspersonen von Institution zu Institution und von Intervention zu Intervention weitergereicht werden, was zu den auftretenden Problemen mit dem beziehungsweise für das Kind zusätzliche Belastung sein kann.

Das Diagnostizieren eines ADHS kann einerseits sinnvoll gegen das empfundene Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühl der Betroffenen sein und macht eine langfristige aktive Problembewältigung möglich, auch weil den Erziehungspersonen die Schuld einer falschen Erziehung genommen wird.

Andererseits kann eine Diagnose zur Folge haben, dass jegliches Verhalten des Kindes pathologisiert und ihm ein Stigma angehängt wird (vgl. Kapitel 2.2 Diagnostik: 9f.; Kapitel 7.1 Negativer Fokus auf das ADHS und Stigmatisierung: 49ff.). Mit jeder nicht erwünschten Äußerung erfüllt es diese mit dem Stigma zusammenhängenden Erwartungshaltungen nahezu automatisch oder erleidet durch diese Etikettierung von Anderen Repressalien.

Die Einstellung, welche die Umwelt gegenüber dem Kind hat, übernimmt das Kind auch für seine eigene Einstellung sich selbst gegenüber (vgl. Kapitel 2.2 Diagnostik: 10f.; Kapitel 6.1.1 Identitätsentwicklung: 39f.).

Eine weitere Betrachtungsweise von ADHS-Diagnosen ist, dass diese meines Erachtens nach bisweilen vorschnell getroffen werden oder für Eltern und auch für die betroffenen Kinder eine Rechtfertigungsfunktion für antisoziales Verhalten erfüllen.

- **Psychopharmakotherapie**

Dem Kapitel, welches sich mit der Psychopharmakotherapie auseinandersetzt, widme ich aufgrund der erschreckend angestiegenen Zahlen von Kindern, die mit Ritalin und ähnlichen psychostimulierenden Präparaten behandelt werden, auch hier im Fazit Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 4.3.2 Psychopharmakotherapie: 26ff.).

In dem Psychomotorikunterricht, den ich an einer Förderschule im Hamburger Stadtteil Steilshoop gebe, habe ich regelmäßig erschreckende Beispiele vor Augen:

Von Psychopharmaka ruhiggestellte Kinder, die gleich nach der Medikamenteneinnahme kaum ansprechbar sind und sowohl körperlich als auch geistig abwesend scheinen. Darüber sind die betroffenen Kinder retrospektiv ausgesprochen traurig. Den Grund für dieses Passivieren ihrer Persönlichkeit sehen sie weitgehend bei sich und zweifeln folglich sehr an ihrer Person.

Offensichtlich ist in diesen Fällen die Medikation nicht zutreffend dosiert; sich diesbezüglich tatkräftig und effektiv auch mit anderen involvierten Institutionen auseinanderzusetzen, um eine Änderung der Situation zu provozieren, ist für die betreuenden Lehrkräfte auch in Zusammenarbeit mit der schulinternen Sozialarbeiterin kaum möglich.

Trotz dieses genannten Beispiels halte ich eine Psychopharmakotherapie in manchen Fällen für sinnvoll und habe gleichwohl die Erfahrung gemacht, dass eine angemessene und dem Kind und seinen Bezugspersonen Erleichterung verschaffende Medikation durchaus möglich ist – vorausgesetzt diese wird regelmäßig unter Berücksichtigung aller Umstände überprüft und angepasst. In einigen Fällen kann wohl auch eine rein symptomatische Behandlung Sekundäreffekte haben, welche die weitere Entwicklung günstig beeinflusst. Wichtig ist auch hier die Aufklärung, damit die Eltern und das Kind alle Vor- und

Nachteile sowie alle Möglichkeiten und Grenzen einer Psychopharmakotherapie kennen (vgl. Kapitel 4.3.2 Psychopharmakotherapie: 26ff.).

7.3 Kindzentrierte verhaltens- und bewegungstherapeutische Ansätze

- **Kindzentrierte verhaltenstherapeutische Ansätze**

In der vorliegenden Arbeit sind zahlreiche kindzentrierte verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten erläutert worden (vgl. Kapitel 4.3 Kindzentrierte Intervention: 25ff.; Kapitel 5 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30.; Kapitel 5.1 Methoden der kindzentrierten Verhaltenstherapie: 31ff.). Hierzu zählen die in der Arbeit dargestellten Kontingenzprogramme, Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstrainings sowie Selbstkontrolle und -management, komplexe kognitive Programme und Soziale Fertigungs- und Kompetenztrainings sowie komplexe Verhaltenstrainings (vgl. Kapitel 5.1.1 - 5.1.7.1: 32-37).

Zu den kindzentrierten Interventionsmöglichkeiten kann, meiner Meinung nach, zusammenfassend festgehalten werden, dass vor allem die Differenziertheit wichtig ist. Berücksichtigung finden sollten beispielsweise das Alter, oder die familiären Hintergründe der Kinder, ebenso wie ihre körperliche und psychische Verfassung. Eine herausragend bedeutsame Stellung nimmt außerdem eine umfassende Eingangs- und Verlaufsdiagnostik ein.

Reichlich differenzierte Therapiemöglichkeiten machen eine fast individuelle Anpassung an die jeweils betroffenen Kinder möglich und können somit effektiver sein als unspezifisch und unpassend angewandte.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die zielgerichtete Zusammenarbeit verschiedener Institutionen und Bereiche, welche in Kontakt mit den betroffenen Kindern stehen und an den Interventionen beteiligt sind.

Einbezogen werden sollten hier neben der Schule, dem Elternhaus und dem ärztlichen Personal auch verschiedenste Einrichtungen, die nicht unmittelbar in die Therapie einbezogen sind. Hierunter fallen zum Beispiel Sportvereine oder andere bewegungsfokussierte Angebote (vgl. Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Intervention: 23f.; Kapitel 4.4 Multimodaler Ansatz: 28).

Immer wieder als schwierig betont wird die Generalisierung der Therapieeffekte auf die unterschiedlichen Lebensbereiche des Kindes, in denen sein ADHS zum Thema wird. Würde die Interdisziplinarität vermehrt Beachtung finden, könnte dies eine Generalisierung der Therapieeffekte ermöglichen und simplifizieren, weil naturgemäß mehr Personen und Institutionen in die Umsetzung der Interventionen eingebunden wären und elaboriert miteinander vernetzt tätig werden könnten (vgl. Kapitel 4.2 Umfeldzentrierte Therapiemöglichkeiten: 23f.; Kapitel 4.3.3 Entspannungsverfahren: 28; Kapitel 4.4 Multimodaler Ansatz: 28; Kapitel 5 Kindzentrierte Verhaltenstherapie: 30; Kapitel 5.1.1 Kontingenzprogramme: 32; Kapitel 5.1.2 Selbstinstruktions- oder Selbstregulationstraining: 32; Kapitel 5.1.5 Komplexe kognitive Methoden: 34; Kapitel 5.1.6 Soziales Fertigkeiten- oder Kompetenztraining: 34; Kapitel 6.2.3 Sporttherapie: 44; Kapitel 6.2.4 Ergotherapie: 45f.; 6.3 Bewegung und das ADHS: 46f.).

Elementar für kindzentrierte Interventionen sind, meiner Meinung nach, praktische Umsetzungsmöglichkeiten sowohl für die Kinder selbst, als auch für die Bezugspersonen in ihrem natürlichen Umfeld. Auch wenn Kenntnisse über das ADHS und Wissen über einen sinnvollen Umgang damit theoretisch bekannt sind, gelingt eine praktische Umsetzung dessen dennoch nicht problemlos und automatisch.

Eine essentielle Voraussetzung, damit die Kinder aktiv an ihrer Therapie teilnehmen und so zu deren Effektivität beitragen können, ist die Wahrnehmung der eigenen Person, der sozialen Umwelt und der Korrelation dieser Elemente. Das selbsttätig werden und dadurch den Verlauf der Intervention beeinflussen zu können spielt meiner Ansicht nach eine zentrale Rolle. Die Prinzipien der Hilfe zur Selbsthilfe oder der Selbstbefähigungsstrategien (Empowerment) lassen sich in allen erläuterten kindzentrierten Interventionsmöglichkeiten erkennen.

Ich halte kindzentrierte verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen für essentiell, weil die Einstellung der Gesellschaft gegenüber den vom ADHS betroffenen Kindern oder eine Umstrukturierung des Bildungssystems nur sehr langfristig geändert werden können. Aus diesem Grund ist das Ansetzen bei den betroffenen Kindern und ihrem Verhalten kurzfristiger und unter den momentanen gesellschaftlichen und politischen Voraussetzungen wohl noch effektiver.

- **Kindzentrierte bewegungstherapeutische Ansätze**

In der vorliegenden Arbeit wurde dargestellt, dass Bewegung vielfältige Bedeutungen weit über die körperliche Ebene hinaus innehat und dass Bewegung als Grundlage der Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit verstanden werden kann (vgl. Kapitel 6.1 Bedeutung von Bewegung für die kindliche Entwicklung: 38f.).

Über die Erfahrungen, die das Kind mit seinem Körper macht und anhand der Reaktionen seiner Mitmenschen, entstehen sein Selbstkonzept, sein Selbstbewusstsein und sein Selbstvertrauen. Sport und Bewegung sind speziell im Kindes- und Jugendalter also wichtige Moderatoren für eine positive Entwicklung des allgemeinen Selbstkonzepts.

Auch die kognitive Entwicklung findet anhand von Bewegung und Wahrnehmung statt.

In Zusammenarbeit mit Anderen entwickeln Kinder grundlegende Qualifikationen sozialen Handelns, nämlich soziale Sensibilität, Toleranz und Rücksichtnahme sowie Regelverständnis, Kontakt- und Kooperationsfähigkeit sowie Frustrationstoleranz (vgl. Kapitel 6.1.1 Identitätsentwicklung: 39f.; Kapitel 6.1.2 Kognitive Entwicklung: 40; Kapitel 6.1.3 Soziale Entwicklung: 41). Dies könnte besonders durch Bewegungsangebote verstärkt werden; wenn eine eventuell entstehende Konkurrenz und Rivalität durch dementsprechende Methodik und Didaktik gering gehalten wird und ausreichend Reflexion stattfindet, damit ein Transfer in andere Lebenssituationen und -bereiche möglich wird.

In Bezug auf Bewegung als Therapiemöglichkeit für Kinder mit ADHS scheint eine strukturbetonende Umsetzung sinnvoll zu sein; sich der Problematik der Kinder mit ADHS bewusst seiende und umfangreich ausgebildete Lehrkräfte sollten die Angebote dementsprechend gestalten können. Vor allem strukturbetonende Angebote wurden als verbessernd bezüglich der Kernsymptome angeführt. Hierzu gehören Orientierungsläufe, heilpädagogisches Voltigieren, Zirkusübungen und psychomotorische Übungen in Turnhalle und Wasser (vgl. Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46).

Ich wage zu behaupten, dass diese Effekte auch auf andere bewegungsfokussierende Angebote übertragbar sind, wenn man didaktische und methodische Inhalte der genannten bewegungstherapeutischen Interventionen in der Angebotsgestaltung berücksichtigt und die Unterrichtseinheiten in ihrem Ablauf eindeutig strukturiert.

Leider ist eine wissenschaftlich fundierte und umfangreiche Evaluation bezüglich des Zusammenhanges zwischen Sport und psychischer Gesundheit derzeit nur marginal vorhanden: Eine Änderung dessen sollte unbedingt angestrebt werden (vgl. Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46). „Die empirische Befundlage stimmt zuversichtlich, dass eine positive Beeinflussung der psychischen Gesundheit mittels Sport möglich ist“ (Hartmann/Pühse in Schneider/Margraf 2009: 929).

- **Bewegende Therapie?!**

Während meiner Recherche für diese Arbeit beziehungsweise schon während des vorangegangenen Studiums der Sozialen Arbeit an der HAW Hamburg ist mir aufgefallen, dass Bewegung im Zusammenhang mit Sozialpädagogik eher freizeitstrukturierend, oder gar als irrelevant für das Studium betrachtet wird. Dabei gilt Bewegung an einigen anderen Hochschulen als zentrales Medium in der Arbeit mit Menschen.

Im Sinne einer Therapie, die sowohl den physischen als auch den psychischen Zusammenhang innerhalb eines Menschen berücksichtigt, wird Bewegung meist relativ selten angewandt. Mit dieser Arbeit wollte ich vor allem mir selbst beweisen, dass dies trotzdem durchaus sinnvoll sein kann: Viele Arbeitsfelder nutzen die Erkenntnis der Interaktion zwischen Körper und Geist als Grundlage für ihre Handlungsweisen. Es gibt dennoch erstaunlich wenige Konzepte, die diesem Anspruch auch in ihrer praktischen Umsetzung gerecht werden (vgl. Kapitel 6.2 Therapie durch Bewegung: 42; Kapitel 6.2.1 Psychomotorik: 42; Kapitel 6.2.2 Sportpädagogik: 44; Kapitel 6.2.3 Sporttherapie: 44; Kapitel 6.2.4 Ergotherapie: 45).

Eigentlich ist es nicht notwendig, immer neue Programme zu entwerfen, denn eine allzu große Vielfalt an Interventionsmöglichkeiten ist unübersichtlich und unpraktikabel. Dies hat mir die Erstellung dieser Arbeit sehr erschwert: Einen Überblick über die auf Kinder mit ADHS bezogenen Interventionsmöglichkeiten zu geben, schien mir und scheint mir auch jetzt noch unmöglich. Vielmehr gilt es, die vorliegenden Interventionsmöglichkeiten in der Praxis bedarfsgerecht zu modifizieren, einzusetzen und ihre Wirksamkeit mit fundierten Ergebnissen zu belegen.

Dies könnte auch im Sinne einer „bewegenden Therapie“ geschehen, welche ganzheitlich und entwicklungsorientiert ist und berücksichtigt, dass psychische, kognitive, emotionale,

soziale und somatische Prozesse aufeinander bezogen sind.

Immerhin einige Disziplinen berücksichtigen den Zusammenhang zwischen Körper und Geist verstärkt und setzen dies auch praktisch um. In der Psychomotorik sowie dem sonder- und heilpädagogischen Bereich der Sportpädagogik findet der psychosomatische Zusammenhang insofern Berücksichtigung, dass über den Einsatz einer bewegungsfokussierten Intervention neue und angemessene Verhaltensstrategien entwickelt werden können, welche die Isolation der von ADHS betroffenen Kinder verhindert und deren Kommunikationsfähigkeit verbessern kann (vgl. Kapitel 6.2.1 Psychomotorik: 42; Kapitel 6.2.1.2 Mototherapie: 43; Kapitel 6.2.2 Sportpädagogik: 44).

Als Vorreiter sind hier meiner Meinung nach die (moderne) Ergotherapie sowie die (allgemeine) Sporttherapie zu nennen. In diesen therapeutischen Konzepten wird die Interdisziplinarität verstärkt berücksichtigt und auch das Prinzip der Selbsttätigkeit - also Hilfe zur Selbsthilfe- wird hier deutlich betont.

Ergo- und sporttherapeutische Fördermaßnahmen sind oftmals in psychologische Konzepte eingearbeitet und orientieren sich an empirischer Psychologie und verhaltenstherapeutischen Konzepten. Solcherart arbeitende Disziplinen und Konzepte haben erwiesenermaßen einen günstigen Effekt auf das ADHS (vgl. Kapitel 6.2.3 Sporttherapie: 44; Kapitel 6.2.4 Ergotherapie: 45; Kapitel 6.3 Bewegung und das ADHS: 46).

- **Interdisziplinarität**

Um die vorliegenden Programme praktisch und bedarfsgerecht modifizieren zu können sowie sie derart einzusetzen und mit fundierten Ergebnissen belegen zu können, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar.

Es gibt viele Schnittstellen zwischen den einzelnen Disziplinen, wo eine verbesserte Kommunikation folglich die Zusammenarbeit optimieren und sie für das Kind positiven Therapieeffekte potenzieren könnte. Hierzu gehört beispielsweise, dass Kinderärzte die verschiedenen auf Kinder mit ADHS und deren Umfeld bezogenen Interventionsprogramme kennen sollten und infolgedessen die Eltern und Kinder mit dem Problem ADHS besser beraten können. Somit könnte individueller auf deren gefühlte Ohnmacht und Hilflosigkeit eingegangen sowie das Gefühl des Weitergereichtwerdens verringert werden.

Eine isolierte und einseitige Behandlung kann bei einer vielschichtigen Störung wie dem ADHS kaum wirksam sein, da vielfältige Lebens- und Funktionsbereiche beeinträchtigt sein können. Damit plädiere ich an dieser Stelle wiederholt für den multimodalen Aufbau einer kindzentrierten Therapie. Wichtig ist das unmittelbare Ansetzen in den jeweiligen problembehafteten Bereichen, da ansonsten die Generalisierung der erlangten Therapieerfolge auf andere Lebensbereiche des Kindes nur schwer möglich ist (vgl. Kapitel 4.4 Multimodaler Ansatz: 29; Kapitel 5.1.1 Kontingenzprogramme: 32; Kapitel 5.1.2 Selbstinstruktions- und Selbstregulationstrainings: 32; Kapitel 5.1.6 Soziale Fertigungs- und Kompetenztrainings: 34).

„In der Praxis hat sich zunehmend eine integrative Verwendung einzelner Bausteine der verschiedenen Ansätze statt einer strikten Anwendung kompletter Programme einzelner Ansätze und Schulen bewährt“ (Steinhausen 2002: 309).

Da Kinder im Bezug auf ein gelingendes Leben und hinsichtlich Bildung auf andere Menschen angewiesen sind, gilt es alle mit den von ADHS betroffenen Kindern in Kontakt stehenden Menschen mit in eine Intervention einzubinden.

Relativ nahe kommen diesem Ansatz die sozialpädiatrischen Einrichtungen, in denen verschiedene auf Kinder und Jugendliche und jene betreffende Entwicklungsstörungen spezialisierte Disziplinen zusammenarbeiten. Auch hier möchte ich wiederholt auf eine mögliche Zusammenarbeit mit anderen, der Sozialpädiatrie nicht unmittelbar angeschlossenen, Einrichtungen und deren Interventionsmöglichkeiten hinweisen, wie beispielsweise ergo- und sporttherapeutische Angebote.

Für außerdem sehr wichtig halte ich eine umfangreiche Ausbildung von Fachkräften, was in konzeptioneller Form in einer wesentlich umfangreicheren wissenschaftlichen Arbeit thematisiert werden könnte.

Die Aufgabe der Zukunft sollte darin liegen, an den Problemen anzusetzen, die vom ADHS betroffene Kinder *haben*, nicht an denen die sie *machen*.

8. Literaturverzeichnis

- Aschmoneit, Wolfgang (1974): Motorik und ihre Behinderungen im Kindes- und Jugendalter. Modelle. Perspektiven, Dornburg-Frickhofen: Frankonius-Verlag (Brennende Probleme; Band B).
- Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lehmkuhl, Gerd (2000): Hyperkinetische Störungen, in: Döpfner, Manfred/Lehmkuhl, Gerd/Petermann, Franz (Hrsg.) (2000): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Göttingen: Hogrefe (Band 1).
- Döpfner, Manfred/Petermann, Franz (2008): Ratgeber psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe (Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher; Band 2).
- Döpfner, Manfred/Schürmann, Stephanie/Frölich, Jan (2007): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP), 4. Auflage, Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union, München, Jena: Urban&Fischer Verlag.
- Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lehmkuhl, Gerd (2009): Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie. 2.Auflage, Göttingen: Hogrefe (Band 1)
- Döpfner, Manfred/Lehmkuhl, Gerd/Frölich, Jan (2007): Hyperkinetische Störungen (F90). In DGKJPP et al. (Hrsg.), Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3.Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag (239-254).
- Eckert, Renate A./Hammer, Richard (Hrsg.) (2004): Der Mensch im Zentrum. Beiträge zur sinnverstehenden Psychomotorik und Motologie, Lemgo: Aktionkreis Literatur und Medien Verlag (Band 3).

- Grupe, Ommo (1982): Bewegung, Spiel und Leistung im Sport. Grundlagen der Sportanthropologie, Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Hammer, Richard/Köckenberger, Helmut (Hrsg.) (2004): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Ein Lehrbuch, Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Hartmann, Jutta (1998): Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie, 6.Auflage, München: Beck-Verlag (Beck'sche Reihe; 333).
- Hüther, Gerald/Bonney, Helmut (2002): Neues vom Zappelphilipp, 2. Auflage, Düsseldorf: Walter Verlag.
- Lauth, Gerhard W. (1983): Verhaltensstörungen im Kindesalter. Ein Trainingsprogramm zur kognitiven Verhaltensmodifikation, Stuttgart/Berlin/Köln [u.a.]: Kohlhammer Verlag.
- Lauth, Gerhard W./Schlottke, Peter F./Naumann, Kerstin (2007): Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei ADHS, 7. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Passolt, Michael (Hrsg.) (1997): Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie, 2. Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Passolt, Michael (Hrsg.) (2004): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie, 2. Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petermann, Franz (Hrsg.) (2009): Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie, 3. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Petermann, Franz (Hrsg.) (2006): Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen, Anwendungen und Ergebnisse, 3. Auflage, Baltmannsweiler/Hohengehren: Schneider Verlag.
- Schilling, Friedhelm (1984): Mototherapie vorerst nicht verordnungsfähig. In: Motorik 7 (Band 3: 101f.).
- Schneider, Silvia/Margraf, Jürgen (Hrsg.) (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Störungen im Kindes- und Jugendalter, Heidelberg: Springer Medizin Verlag (Band 3).
- Schüle, Klaus/Huber, Gerhard (Hrsg.) (2000): Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation, München/Jena: Urban&Fischer Verlag.
- Steinhausen, Hans-Christian (2002): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 5. Auflage, Lemgo: Aktionskreis Literatur und Medien.
- Zimmer, Renate (1998): Handbuch der Bewegungserziehung. Didaktisch-methodische Grundlagen und Ideen für die Praxis, 8. Auflage, Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag.

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Kapitel 2.2.1 ICD-10 und DSM-IV-TR: 12):

Symptomkriterien des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) nach DSM-IV und der hyperkinetischen Störung (HKS) nach ICD-10:
I. Unaufmerksamkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten. • Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrecht zu erhalten. • Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen. • Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten). • Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. • 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). • Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug). • Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken. • Ist bei Alltagstätigkeiten oft vergesslich.
II. Hyper- oder Überaktivität
<ul style="list-style-type: none"> • Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. • Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. • Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben). • Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. • {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 beeinflussbar ist.]
III. Impulsivität
<ul style="list-style-type: none"> • Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. • Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen]. • Unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein.) • Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren]. {Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}
Anmerkungen: { } = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10

(vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 432; Suppiger/Schneider in Schneider/Margraf 2009: 117; Steinhausen 2002: 92; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 12; Neuhaus in Passolt 1997: 121f.)

Abbildung 2 (Kapitel 5.1.7.1 THOP: 34):

Bausteine des Therapieprogrammes für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)
<ul style="list-style-type: none"> • Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung • Definition der Verhaltensprobleme des Kindes • Erarbeitung der Elemente eines gemeinsamen Störungskonzeptes • Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes • Behandlungsziele und Behandlungsplanung
<ul style="list-style-type: none"> • Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen • Fokussierung auf positive Erlebnisse mit dem Kind • Aufbau positiver Spielinteraktionen
<ul style="list-style-type: none"> • Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten • Entwicklung effektiver Aufforderungen • Soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen • Soziale Verstärkung bei nicht störendem Verhalten • Aufbau wirkungsvoller Kontrolle • Natürliche negative Konsequenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Token-Systeme, Response-Cost und Auszeit • Aufbau von Token-Systemen • Anpassung von Token-Systemen • Verstärkerentzugssysteme (Wettkampf um lachende Gesichter) • Auszeit
<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen • Spieltraining • Selbstinstruktionstraining • Selbstmanagement • Bewältigung von Verhaltensproblemen bei den Hausaufgaben • Bewältigung von Verhaltensproblemen in der Öffentlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisierung der Effekte • Selbstständige Bewältigung von zukünftigen Verhaltensproblemen

- (vgl. Döpfner in Schneider/Margraf 2009: 443; Döpfner/Schürmann in Petermann 2009: 20)

8.2 Abkürzungsverzeichnis

- ADHS = Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom oder Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung
- DSM-IV-TR = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- HAW = Hochschule für Angewandte Wissenschaften
- HKS = Hyperkinetisches Syndrom oder Hyperkinetische Störung
- ICD-10 = International Classification of Diseases
- PEP = Präventivprogramm für expansives Problemverhalten
- THOP = Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbst angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die im Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen sind, habe ich unter genauer Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, den 31. August 2011

Henrietta Eichhorn

