

**ADHS-KINDER IN DER PSYCHODRAMA-
KINDERSPIELGRUPPE**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie / Psychodrama (Upgrade 2)

von

Maria Schatovich-Kiss

Eisenstadt

Department für

Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

an der Donau-Universität Krems

Betreuer: Dr. Michael Schacht

Eisenstadt, am 25. Juni 2009

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Maria Schatovich-Kiss, geboren am 15.11.1957 in Eisenstadt erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Eisenstadt, 25.06.2009

Maria Schatovich-Kiss

Ort, Datum

Unterschrift

ABSTRACT

Ich habe diese Arbeit mit dem Titel "ADHS-Kinder in der Psychodrama-Kinderspielgruppe" als theorieverschränkten Praxisbericht verfasst. Nach meinen ausführlichen Recherchen, wird das Psychodrama als Behandlungsmethode der ADHS, vor allem in der von mir beschriebenen praktischen Arbeit, in der Literatur nirgendwo angeführt. Deshalb geht es mir in meiner Master Thesis um die Ausarbeitung folgender Zielsetzung: Anknüpfend an die ADHS-Literatur möchte ich ein psychodramatisches Verständnis für die Entwicklung der ADHS-Kinder herstellen, um daraus spezifische therapeutische Interventionen abzuleiten. Ich beschreibe, inwieweit die psychodramatischen Techniken, die derzeit in der praktischen Arbeit mit Kindergruppen angewendet werden, für die psychotherapeutische Behandlung von ADHS-Kindern förderlich sind. Diese psychodramatischen Techniken werden durch methodenspezifische Überlegungen erweitert, die ich auf der Grundlage meiner praktischen Erfahrung entwickelt habe. Mit Hilfe dieser methodenspezifischen Interventionen, die auf den Erwerb von Regulationskompetenzen ausgerichtet sind, des Symbolspiels und der Vorgabe von klaren Regeln und Strukturen im Gruppenablauf geht die Psychodrama-Kinderspielgruppe auf die Bedürfnisse der ADHS-Kinder ein. Sie leistet somit einen wertvollen Beitrag zur Behandlung von ADHS-Kindern.

I wrote this thesis with the title „ADHD children in a children`s Psychodrama playgroup” as a theoretical reflection of a case report. According to my research, especially regarding the practical work with children, there is no literature on Psychodrama with ADHD. Therefore my objective is as follows: Based on the ADHD literature I want to work out a psychodramatic understanding of the development of ADHD children, in order to deduce specific therapeutic interventions from it. I describe to what extent the psychodramatic techniques that are at present used in the practical work with children are useful in the psychotherapeutic treatment of ADHD children. These psychodramatic techniques are extended by specific methodical considerations, which I developed on the basis of my practical experience. The Psychodrama group addresses the needs of ADHD children using these specific methodical interventions, which aim at the development of capacities for self regulation, as well as symbolic play and clear rules and structures in the group. It makes thus a valuable contribution to treatment of ADHD children.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Zielsetzung der Arbeit.....	2
1.3	Aufbau der Arbeit	2
2	ADHS-THEORIE	4
2.1	Begriffsklärung	4
2.2	Häufigkeit der ADHS	5
2.3	Symptomatik	6
2.3.1	Klassifikationssysteme.....	6
2.3.1.1	ICD-10	6
2.3.1.2	DSM-IV	7
2.3.2	Symptomkriterien	7
2.4	Diagnostische Verfahrensweisen	10
2.5	Ursachen der ADHS	11
2.5.1	Hirnverletzungen.....	12
2.5.2	Neurologische Erkenntnisse über Entwicklungsanomalien des Gehirns.....	12
2.5.2.1	Neurochemische Auffälligkeiten: Neurotransmitter	12
2.5.2.2	Neurophysiologische Auffälligkeiten: Hirnaktivität	14
2.5.2.3	Neuroanatomische Auffälligkeiten: Hirnstruktur.....	15
2.5.2.4	Neuropsychologische Auswirkungen	16
2.5.3	Die Ursachen der anomalen Entwicklung des Gehirns	17
2.5.3.1	Umweltfaktoren	17
2.5.3.2	Genetische Faktoren.....	17
2.5.4	Wissenschaftlich nicht nachgewiesene Hypothesen über die Ursachen der ADHS.....	18
2.5.5	Der Einfluss von problematischen familiären Verhältnissen auf die Entwicklung des ADHS-Kindes	18
2.5.6	Welche Rolle spielen Erziehungsfehler?.....	19
3	VERKNÜPFUNG VON PSYCHODRAMA-THEORIE UND ADHS-THEORIE	21
3.1	Der Entwicklungsverlauf des Kindes aus psychodramatischer Sicht im Vergleich zum altersspezifischen ADHS-Erscheinungsbild	22
3.1.1	Psychosomatische Rollenebene: Säuglings- und Kleinkindalter	24
3.1.1.1	Die Entwicklung des Säuglings in den ersten 2-3 Monaten	25
3.1.1.2	Die weitere Entwicklung bis zum Alter von 7-9 Monaten	28
3.1.1.3	Die weitere Entwicklung bis zum Alter von 15-18 Monaten	33
3.1.2	Psychodramatische Rollenebene: Kleinkindalter und Kindergartenalter.....	37
3.1.2.1	Die Bedeutung der Sprachentwicklung und Sprachregulation.....	40
3.1.2.2	Die Entwicklung willentlicher Handlungsregulation	42
3.1.2.2.1	Regulation der Aufmerksamkeit.....	43
3.1.2.2.2	Regulation der Emotionen.....	47
3.1.2.2.3	Regulation der Motivation	49
3.1.2.2.4	Die Konstruktion von Raum, Zeit und Lage.....	51
3.1.2.3	Informationen aufspalten und neu kombinieren.....	55
3.1.2.4	Interaktionen mit Gleichaltrigen	55

3.1.2.5	Eltern-Kind-Interaktion und Erziehungsstil	57
3.1.3	Soziodramatische Rollenebene: Schulalter	61
3.1.3.1	Soziale Kompetenzen im Schulalter	62
3.1.3.2	Mittlere Kindheit: Interaktionen unter Gleichaltrigen	63
4	THERAPIE	67
4.1	Behandlungsformen in der ADHS-Kindertherapie	67
4.1.1	Medikamentöse Behandlung	68
4.1.2	Verhaltenstherapie	69
4.1.3	Heilpädagogische Verfahren	70
4.2	Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern	71
4.3	Ablauf der Psychodrama-Gruppentherapie mit (ADHS) Kindern	72
4.3.1	Methodenspezifische Überlegungen: Was braucht das ADHS-Kind?	72
4.3.2	Soziale Bühne	74
4.3.3	Vor dem Gruppenstart	75
4.3.4	Dreiphasiger Aufbau der Kindergruppe.....	79
4.3.4.1	Klare Regeln und Strukturen für das Kind	79
4.3.4.2	Erwärmungsphase	83
4.3.4.3	Spielphase.....	86
4.3.4.4	Abschlussphase	94
4.3.4.5	Prozessverlauf zweier ADHS-Kinder	95
5	ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISSE.....	104
	LITERATURVERZEICHNIS.....	106

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Nummer	Seite
Abbildung 1: Neurotransmitter.....	13
(29.04.2009) Verfügbar unter: http://www.kf.unigraz.ac.at/pthpwww/downloads/ADHS_im_Vorschuljahr.pdf	
Abbildung 2: ADHS: Dopamin und Noradrenalin.....	14
(29.04.2009) Verfügbar unter: http://www.kf.unigraz.ac.at/pthpwww/downloads/ADHS_im_Vorschuljahr.pdf	
Abbildung 3: Gruppennetz.....	83

TABELLENVERZEICHNIS

Nummer	Seite
Tabelle 1: ICD-10	6
Tabelle 2: DSM-IV	7
Tabelle 3: Symptomkriterien	8/9
Tabelle 4: Exekutive Funktionen	16
Tabelle 5: Biopsychosoziales Erklärungsmodell	20
Tabelle 6: Regulation des Aktivierungsniveaus	24
Tabelle 7: Mangelhaft entwickelte Regulationskompetenzen	39
Tabelle 8: Methodenspezifische Überlegungen	73

DANKSAGUNGEN

Ich danke Dr. Michael Schacht für seine stets sehr gut anleitende, mich motivierende und wohlwollende Betreuung meiner Master Thesis.

Ich danke meinen Töchtern Hanna und Anna für ihre aufbauenden Worte und insbesondere meinem Mann Rupert, der mich zu dieser Arbeit ermutigt und dabei begleitet hat.

Und ich danke „meinen“ ADHS-Kindern, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

1 EINLEITUNG

1.1 Problemstellung

Zunächst möchte ich darstellen, wie ich dazu kam, meine Master Thesis über Kinder mit ADHS zu schreiben. Am Beginn meiner Arbeit als Psychotherapeutin war mir dieses störungsspezifische Thema noch relativ fremd.

Da mein Grundberuf Diplompädagogin ist und ich seit 1983 mit behinderten und sprachgestörten Kindern arbeite, lag es für mich nahe, auch im Rahmen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit mit Kindern zu arbeiten.

Hauptsächlich waren es Schulkinder, die im Laufe der letzten drei Jahre in meine Praxis kamen. Kinder, die aufgrund ihres Verhaltens in der Schule auffielen, und deshalb von den LehrerInnen zur schulpsychologischen Testung und danach zur weiteren Abklärung zum/r Kinderpsychiater/in geschickt wurden. Im Erstgespräch berichteten die Eltern u. a. ihr Kind könne nicht ruhig sitzen, störe im Unterricht, würde mit den Schulübungen nicht fertig, es gäbe immer wieder Probleme mit Gleichaltrigen, ihr Kind habe kaum Freunde, zu Hause gäbe es Schwierigkeiten mit dem alltäglichen Handlungsablauf und mit der Hausübung, ihr Kind bekäme immer wieder Wutanfälle. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) weist ein vielfältiges Erscheinungsbild auf, die Symptome sind bei jedem Kind individuell verschieden, sie müssen nicht in der beschriebenen Gesamtheit auftreten. Mit Eintritt in die Schule fällt die ADHS-Problematik so richtig auf und die Umwelt kommt in dieser Altersstufe am wenigsten mit dem ADHS-Kind zurecht, besonders dann, wenn die ADHS mit einer Störung des Sozialverhaltens einhergeht. LehrerInnen wie Eltern sind nervlich belastet. Bei den Eltern kommt meist hinzu, dass sie sich Vorwürfe machen, ihr Kind nicht richtig erzo-gen zu haben. Aufgrund dieses Leidensdruckes schicken immer mehr Eltern ihr Kind in Psychotherapie, weil sie im Umgang mit ihm überfordert sind.

Durch den Umstand also, dass immer mehr ADHS-Kinder in meine Praxis überwiesen wurden, war ich gefordert, mich über dieses Störungsbild eingehend zu informieren. Im Rahmen meiner Master Thesis konnte ich mich intensiv mit der ADHS auseinandersetzen.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

In der von mir bearbeiteten einschlägigen Literatur ist nirgendwo das Psychodrama als Behandlungsmethode der ADHS beschrieben. Neben der medizinischen Behandlung wird die Verhaltenstherapie als Methode der Wahl angeführt. Deshalb geht es mir in meiner Master Thesis um die Ausarbeitung folgender Zielsetzung:

Anknüpfend an die ADHS-Literatur möchte ich ein psychodramatisches Verständnis für die Entwicklung der ADHS-Kinder herstellen, um daraus störungsspezifische therapeutische Interventionen abzuleiten.

Es wird beschrieben, inwieweit die Techniken, die derzeit in der praktischen Arbeit mit Kindergruppen angewendet werden, förderlich für die psychotherapeutische Behandlung von ADHS-Kindern sind. Diese werden durch methodenspezifische Überlegungen erweitert, die ich auf der Grundlage meiner praktischen Erfahrung entwickelt habe. Somit sollen methodenspezifische Interventionen der Psychodrama-Psychotherapie aufgezeigt werden, die dem Störungsbild der ADHS gerecht werden.

1.3 Aufbau der Arbeit

Neben dem **ersten einleitenden Kapitel** gliedert sich die vorliegende Arbeit in weitere drei Themenbereiche.

Im **zweiten Kapitel** bemühe ich mich, aus der vielfältigen ADHS-Literatur einen klaren Überblick zu geben, mit dem Ziel, mir jene Informationen herauszufiltern, die mir für die Arbeit mit ADHS-Kindern wichtig erscheinen.

Im **dritten Kapitel** besteht meine **1. Zielsetzung** darin, eine Verknüpfung von ADHS-Theorie und Psychodrama-Theorie herzustellen. Ich möchte die Entwicklung des ADHS-Kindes unter dem Blickwinkel der psychodramatischen Theorie und Methode darstellen.

Daraus ergibt sich als **2. Zielsetzung**, die normale Entwicklung des Kindes aus der Sicht des Psychodramas (Schacht 2003) zu beschreiben und diese mit den typischen altersspezifischen ADHS-Merkmalen zu vergleichen.

Ausgehend von den altersspezifischen Rollenebenen des Psychodramas werden jene Phasen Beachtung finden, in denen es zur Regulation der Aktivität, der Affekte, der

Aufmerksamkeit, der Motivation und der sprachlichen Regulierung kommt. Es wird erörtert, wie das Kind über soziales Handeln Regulationsmuster erlernt, sodass Selbstregulation möglich wird. Die Sprach- und Spielentwicklung sowie die Gestaltung der Interaktionen des (ADHS) Kindes zu seinen Eltern und zu Gleichaltrigen sind wichtige Themen.

Dabei beziehe ich mich auf einen Ansatz von R. Barkley, wonach es heißt, das Kernproblem der ADHS liegt in einer mangelnden Hemmung von Impulsen. Es geht mir nun darum, die Kernproblematik der ADHS in ihrer Entwicklung herauszuarbeiten. Daraus ergeben sich weitere Zielsetzungen.

In meiner **3. Zielsetzung** untersuche ich, welche Schwierigkeiten sich aufgrund der mangelnden Impulshemmung in der Eltern-Kind-Interaktion ergeben.

Als **4. Zielsetzung** möchte ich herausarbeiten, welche Faktoren daran beteiligt sind, dass es für ein ADHS-Kind zu Schwierigkeiten beim Erlernen einer entsprechenden Handlungs- und Selbstregulation kommt.

Im **vierten Kapitel** geht es um die psychotherapeutische Behandlung des ADHS-Kindes. Handeln ist ein zentraler Begriff des Psychodramas. „*Man is an actor.*“ „*Der Mensch ist ein Handelnder,*“ schrieb Jakob L. Moreno, der Begründer der Psychotherapierichtung: Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel. „*Für ihn bedeutet Handeln immer soziales Handeln*“ (Schacht 2003, S.2).

Mein Interesse gilt der Frage, ob eine Psychotherapiemethode, in der es ums Handeln geht, dem ADHS-Kind entspricht, das Probleme mit seiner Handlungsregulation hat.

Ich untersuche die Psychodrama-Kindergruppentherapie und stelle Überlegungen an, inwieweit die derzeitigen Psychodrama-Techniken bereits den Bedürfnissen der ADHS-Kinder entsprechen. Weiters beschreibe ich methodenspezifische Überlegungen, die ich im Laufe der Praxis mit ADHS-Kindern entwickelt habe. Dabei schaue ich auch im Sinne der Methoden übergreifenden Psychotherapie, ob bestimmte Techniken aus anderen Therapierichtungen übernommen und in abgeänderter Form in das Psychodrama einfließen können.

Mit Beispielen aus der Praxis beschließe ich die Arbeit. Weitere Fallbeispiele fließen an entsprechenden Stellen immer wieder in meine Arbeit ein.

Im **fünften Kapitel** fasse ich die Ergebnisse meiner Arbeit zusammen.

2 ADHS-THEORIE

Der Begriff ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) ist die heute gültige Bezeichnung für eine Störung im Bereich der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der Aktivität. Es handelt sich hierbei um die am häufigsten untersuchte Störung im Kindesalter. Aufgrund der zahlreichen Forschungsergebnisse veränderten sich die Begriffe, die Definitionen und die Ansichten über Ursachen des Störungsbildes im Laufe der Zeit, was beim Leser zu einiger Verwirrung beiträgt. Es ist mir ein Anliegen, in meiner Master Thesis zu diesem Thema eine klare Übersicht über den letzten Stand der Forschung zu geben.

2.1 Begriffsklärung

Da es sich bei der ADHS „um ein nicht klar umrissenes Störungsbild handelt,“ wurden in der Geschichte „sowohl **Verursachungsbegriffe**, z.B. *Hirnfunktionsstörung*, als auch **Verhaltensbeschreibungen**, z.B. *Hyperaktivität*“ zur Bezeichnung der Störung verwendet (Vernooij 1992, S.13).

- **Frühkindliche Hirnschädigung, partielle Hirnreifungsstörung oder leichte Hirnfunktionsstörung:** Die Begriffe beinhalten nur Teilaspekte der Störung.
- **Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD):** Der Begriff wurde Mitte der sechziger Jahre verwendet.
- **Hyperaktivität, Hyperkinese und Hyperkinetisches Syndrom:** Diese Begriffe wurden ab Beginn der siebziger Jahre gleichzeitig im deutschen Raum verwendet.
- **Frühkindliches psychoorganisches Syndrom (POS):** Begriff aus der Schweiz

Die derzeit aktuellen und gültigen Begriffe, die bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und auch in den USA verwendet werden, sind:

- **ADS: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom:** Hyperaktivität als Symptom fehlt hier.
- **ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung** (aus dem Englischen: **ADHD: attention deficit hyperactivity disorder**) (vgl. Imhof et al. 2000, S.9; Vernooij 1992, S.14,15)

- **Hyperkinetische Störung:** Begriff, der im ICD–10 verwendet wird.

In weiterer Folge verwende ich in dieser Arbeit die Bezeichnung ADHS.

2.2 Häufigkeit der ADHS

Nach Imhof et al. (vgl.2000, S.12) handelt es sich bei der ADHS um keine „*moderne Zivilisationskrankheit*.“

Die Angaben zur Prävalenz der ADHS sind sehr unterschiedlich. Sie hängen von den zugrunde liegenden Diagnosekriterien (klinische Kriterien) und den verwendeten Messinstrumenten (Interviews und Fragebögen) ab (vgl. Döpfner et al. 2000, S.5).

Lauth, Schlotke (vgl.2002, S.21) folgern aufgrund der epidemiologischen Daten, dass in der Gegenwart ca. 5-7% der Kinder von einer ADHS betroffen sind. Derartige Angaben machen auch Imhof et al. (vgl.2000, S.12). Sie sprechen von 3-10 % aller Kinder und von einem Durchschnittswert von 5%.

Die Annahme, dass ADHS in der heutigen Zeit zunimmt, ist laut Neuhaus (vgl.2002, S.71) nicht wissenschaftlich belegt. ADHS-Kinder werden eher mehr beachtet.

Aufgrund der allgemeinen Kenntnis über das Störungsbild wird heutzutage von Seiten der Schule schneller empfohlen, mit dem Kind eine psychologische Testung zu machen oder einen/e KinderpsychiaterIn aufzusuchen. Auf diesem Weg werden mir Kinder zugewiesen. Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass die Nachfrage nach der ADHS-Kinderspielgruppe zunimmt.

Vergleicht man das Verhältnis von Buben und Mädchen, so kommen laut Imhof et al. (vgl.2000, S.12) auf ein hyperaktives Mädchen drei bis sechs Burschen mit einer ADHS-Symptomatik. Bei Mädchen steht eher eine Aufmerksamkeitsstörung im Vordergrund, die einerseits schwieriger zu diagnostizieren ist, andererseits fallen die Mädchen weniger durch motorische Unruhe auf. Deshalb kommen vermutlich Mädchen seltener in Psychotherapie. In meiner dreijährigen Arbeit mit ADHS-Kindern habe ich bis jetzt ein Mädchen, sonst nur Buben behandelt.

2.3 Symptomatik

2.3.1 Klassifikationssysteme

Im Folgenden wird auf die beiden derzeit gültigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen eingegangen, welche die Symptomkriterien der ADHS beschreiben.

- „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“, im Englischen „International Classification of Mental and Behavioural Disorders“ (ICD-10) und
- „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“, im Englischen „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV).

2.3.1.1 ICD-10

Das im deutschsprachigen Raum verwendete Klassifikationsschema psychischer Störungen ICD-10 der WHO definierte 1991 die hyperkinetische Störung (F90), die sich aus hyperaktivem Verhalten und deutlicher Aufmerksamkeitsstörung zusammensetzt (vgl. Neuhaus 2002, S.15).

Für eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens müssen die allgemeinen Kriterien für die hyperkinetische Störung (F90) und zusätzlich die Kriterien für die Störungen des Sozialverhaltens (F91) erfüllt sein. Unter F84.4 wird eine Hyperkinetische Störung mit Intelligenzverminderung und Bewegungsstereotypien angegeben (vgl. Remschmidt et al. 2001, S.29;36).

Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität	+	Impulsivität	=	F90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung
situationsübergreifend						
+						
Störung des Sozialverhaltens					=	F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Tabelle 1: **ICD-10** (Döpfner et al. 2000, S.3)

2.3.1.2 DSM-IV

Das in den USA verwendete Klassifikationsschema psychischer Störungen **DSM-IV** beschreibt 3 Untertypen der ADHS (vgl. Döpfner et al. 2000, S.4).

Aufmerksamkeitsstörung	+	Hyperaktivität / Impulsivität	=	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung: Misch- typ
------------------------	---	----------------------------------	---	---

situationsübergreifend

Aufmerksamkeitsstörung	-	Hyperaktivität / Impulsivität	=	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung: Vorwie- gend unaufmerksamer Typ
------------------------	---	----------------------------------	---	--

situationsübergreifend

Hyperaktivität /Impulsivität	-	Aufmerksamkeits- störung	=	Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung: Vorwie- gend hyperaktiv-impulsiver Typ
------------------------------	---	-----------------------------	---	---

situationsübergreifend

Tabelle 2: **DSM-IV** (Döpfner et al. 2000, S.3)

2.3.2 Symptomkriterien

Nach Imhof et al. (vgl.2000, S.73) unterscheiden sich die beiden Diagnosesysteme zum Teil in der Definition und wie oben beschrieben in der Benennung der Störung.

Es lässt sich aber eine weitgehende Übereinstimmung in den wichtigsten Kriterien erkennen:

- Das Ausmaß der Störung geht weit über den Entwicklungsstand des Kindes und dem der Altersgenossen hinaus.
- Die Symptome müssen länger als sechs Monate andauern.
- Die Störungen treten überwiegend vor dem 7. Lebensjahr auf.
- Die Beeinträchtigungen zeigen sich in mindestens zwei Lebensbereichen.
- Es sind deutliche Hinweise auf Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen und familiären Umfeld vorhanden.

Es gibt jedoch Unterschiede in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose der Störung vorliegen müssen (vgl. Döpfner et al. 2000, S.1).

Die folgenden Symptomkriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und der ADHS nach DSM-IV übernehme ich von Döpfner et al. (2000, S.2). Die Autoren unterscheiden auch, ob gewisse Stellen nur im DSM-IV bzw. nur im ICD-10 vorkommen. In meiner Master Thesis werde ich Stellen, die nur im DSM-IV vorkommen, fett drucken, jene, die nur im ICD-10 vorkommen, werden kursiv aufscheinen.

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

B) Hyperaktivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum. 2. Steht (häufig) in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird. 3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (<i>bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben</i>). 4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen. 5. (Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben“.) (<i>Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.</i>)

C) Impulsivität
<ol style="list-style-type: none"> 1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist. 2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist (<i>bei Spielen oder in Gruppensituationen</i>). 3. Unterbricht und stört andere häufig (<i>platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein</i>). 4. Redet häufig übermäßig viel (<i>ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren</i>). (Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.)

Tabelle 3: **Symptomkriterien** (Döpfner et al. 2000, S.2)

Ausschlusskriterien nach ICD-10 sind eine tief greifende Entwicklungsstörung, eine manische Episode, eine depressive Episode oder eine Angststörung (vgl. Remschmidt et al. 2001, S.36).

Ausschlusskriterien nach DMS-IV sind eine tief greifende Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder andere psychotische Störungen, sowie Störungen, die nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden können („*Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung*“) (Barkley 2005, S.205).

2.4 Diagnostische Verfahrensweisen

Die Diagnose einer ADHS ist zeitaufwendig und sollte genau durchgeführt werden, um Differenzialdiagnosen und komorbide Störungen abzugrenzen. Für ein gesichertes Diagnoseverfahren ist die Zusammenarbeit von PsychologInnen, KinderärztInnen/ KinderpsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, KindergärtnerInnen, LehrerInnen und Eltern notwendig, um eine Abklärung auf der organischen, psychischen und sozialen Ebene des Kindes zu erhalten. Grundsätzlich orientiert sich die Diagnose nach den Symptomkriterien des DSM-IV bzw. des ICD-10 (vgl. Lauth, Schlottke 2002, S.71).

In der Regel werden die Kinder zuerst psychologisch und ärztlich untersucht. Manchmal ist der Leidensdruck der Eltern so groß, dass sie gleich mit ihrem Kind in meine Praxis kommen. In diesem Fall ersuche ich sie im Sinne einer genauen Abklärung zusätzlich einen/eine KinderpsychiaterIn oder eine/n Psycholog/in/en aufzusuchen.

Testpsychologische Untersuchung: Nach Döpfner et al. (2000, S.72) ist eine „*orientierende Intelligenz-, Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik*“ aus drei Gründen wichtig.

- 1) Es wird festgestellt, ob eine allgemeine schulische Überforderung oder eine Teilleistungsschwäche vorliegt.
- 2) Um abzuklären, ob zusätzlich zur ADHS Leistungs- und Entwicklungsdefizite gegeben sind.
- 3) Das Verhalten des Kindes während der Untersuchung kann Hinweise auf eine ADHS-Symptomatik erkennen lassen.

Ärztliche Untersuchung: Nach Barkley (vgl.2005, S.188) sollte ein Kind mit Verdacht auf ADHS ärztlich untersucht werden, um organische Ursachen für die Symptome auszuschließen und um gegebenenfalls eine medikamentöse Behandlung einzuleiten.

Exploration: Der wichtigste Teil der Untersuchung ist jedoch die Exploration der Eltern, der LehrerInnen/ErzieherInnen und des Kindes selbst, welche zusätzlich auch in Form von Fragebögen erfolgen kann. Sie gibt wichtige Informationen, ohne welche die Diagnose der ADHS nicht möglich wäre. Die Befragung gibt Auskunft über:

- 1) Derzeitige ADHS-Symptomatik des Kindes (Angaben über Häufigkeit, Intensität, belastende Situationen, in denen die ADHS-Symptomatik auftritt)
- 2) Komorbide Störungen (Sozialverhalten) und Differenzialdiagnosen (z.B. Tic-Störung)
- 3) Stärken und Interessen des Kindes
- 4) Störungsspezifische Entwicklung des Kindes (Schwangerschaft, Geburt, Temperament, Entwicklungsverzögerungen, psychosoziales Umfeld)
- 5) Medizinische Anamnese in der Familie (organische Gegebenheiten der Eltern, die eine ADHS-Symptomatik verursachen könnten)
- 6) Familienanamnese (psychische Störungen, Belastungen und Ressourcen in der Familie, Erziehungsstil, Qualität der Eltern-Kind-Beziehung)
- 7) Verhalten des Kindes in Kindergarten, Schule und Gleichaltrigengruppe
- 8) Bisherige therapeutische Maßnahmen (Psycho-, Moto-, Ergo-, Sprachtherapie oder medikamentöse Behandlung, Bewältigungsstrategien in der Familie und Schule) (vgl. Döpfner et al. 2000, S.39-41)
- 9) Die Exploration des Kindes selbst ist nach Döpfner et al. (vgl.2000, S.66,67) ab dem Schulalter möglich. Das Problembewusstsein, die Selbstwahrnehmung, der Grad der Belastung sowie Ängste, depressive Symptome und Verhaltensprobleme unter Gleichaltrigen sollten erfragt werden.

2.5 Ursachen der ADHS

Blanz et al. (2005a, S.21) führen an, dass die *„Ursachen und die Entstehungsbedingungen der ADHS... noch nicht vollständig geklärt“* sind, wobei nicht *„eine einzige Ursache“*, sondern *„mehrere Komponenten an der Verursachung beteiligt sind.“* ADHS ist demnach als multifaktorell bedingtes Störungsbild zu betrachten.

Nach Döpfner et al. (vgl.2000, S.9) wirken bei der Entstehung der ADHS sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren zusammen, wobei nach heutigen Kenntnissen die biologischen Faktoren eine größere Rolle spielen dürften.

Es ist mir wichtig, aus der vielfältigen ADHS-Literatur ein verständliches und nachvollziehbares Bild über den heutigen Stand der Ursachenforschung zu geben.

Nach Barkley (vgl.2005, S.111) geht die aktuelle Wissenschaft davon aus, dass die Ursachen der ADHS auf Störungen im Gehirn zurückzuführen sind. Es handelt sich entweder um Hirnverletzungen oder um Entwicklungsanomalien des Gehirns.

2.5.1 Hirnverletzungen

Es lassen sich Gemeinsamkeiten erkennen zwischen Kindern mit ADHS und Personen, die Verletzungen im vorderen Bereich des Gehirns, der so genannten orbital-frontalen Region (direkt hinter der Stirn), erlitten haben. Schädigungen können in Form von Traumata, Hirntumoren, Schlaganfällen, Krankheiten oder Schädelverletzungen hervorgerufen werden. Diese frontale Hirnregion ist für Verhaltenshemmung, Konzentration, Selbstbeherrschung und Zukunftsplanung verantwortlich. Aufgrund weiterer Forschungen ist anzunehmen, dass diese Region eine Rolle bei der Entstehung von ADHS-Symptomen spielt. Jedoch sind wenige ADHS-Kinder von einer Hirnverletzung betroffen. Es ist wahrscheinlicher, dass die Abweichungen in der Entwicklung des Gehirns liegen (vgl. Barkley 2005, S.111-113).

2.5.2 Neurologische Erkenntnisse über Entwicklungsanomalien des Gehirns

Im Folgenden werden zunächst neurologische Erkenntnisse über funktionelle Auffälligkeiten bestimmter chemischer Substanzen im Gehirn und die verringerte Aktivität in zentralen Hirnregionen behandelt. Danach werden strukturelle Abweichungen des Gehirns beschrieben. Im Anschluss werden die Ursachen dieser Abweichungen betrachtet, die vermutlich in den Umwelt- und den Anlagefaktoren zu finden sind (vgl. Barkley 2005, S.111).

2.5.2.1 Neurochemische Auffälligkeiten: Neurotransmitter

Bei Menschen mit ADHS ist das Zusammenspiel der Neurotransmitter gestört. Neurotransmitter sind Substanzen im Gehirn, mit deren Hilfe die Nervenzellen Informatio-

nen im synaptischen Spalt austauschen. Auf diese Weise wird ein Reiz von einer Nervenzelle auf die nächste übertragen.

Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei ADHS-Betroffenen möglicherweise ein Dopamin- und Noradrenalinmangel gegeben ist. Die Einnahme von Stimulanzien erhöht die vorhandene Menge der Neurotransmitter und bewirkt bei ADHS-Kindern eine vorübergehende Besserung der Symptomatik (vgl. Barkley 2005, S.113,114).

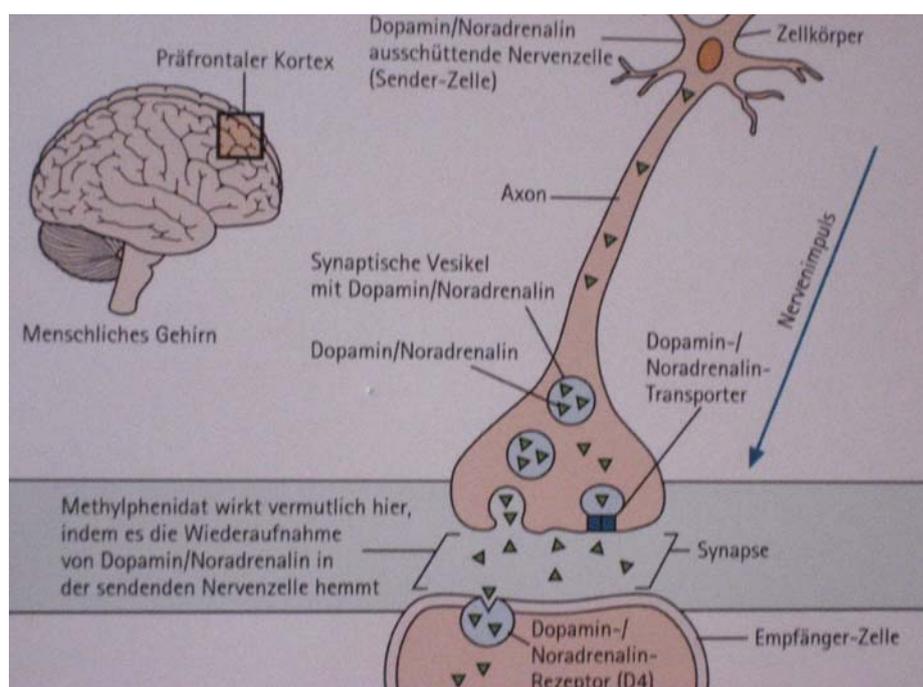


Abbildung 1: Neurotransmitter

Laut Becker et al. (vgl.2005, S.16,17) werden neuronale Regelkreise, die für die Regulation der Aufmerksamkeit, Motorik und exekutiven Funktionen verantwortlich sind, durch dopaminerge und noradrenerge Transmittersysteme gesteuert. Wie auf der Abbildung zur Signalübertragung im Gehirn erkennbar ist, wirkt Dopamin im vorderen Teil des Gehirns, welcher für Antrieb und Motivation zuständig ist. Im hinteren Teil, welcher für die Aufmerksamkeit eine Rolle spielt, wirkt Noradrenalin. Bei ADHS-Betroffenen kommt es zu einer Imbalance im Zusammenspiel der vorderen und der hinteren Hirnregion. Im Bild wird dies veranschaulicht durch den Bogen, der den präfrontalen Kortex mit dem parietalen Kortex verbindet.

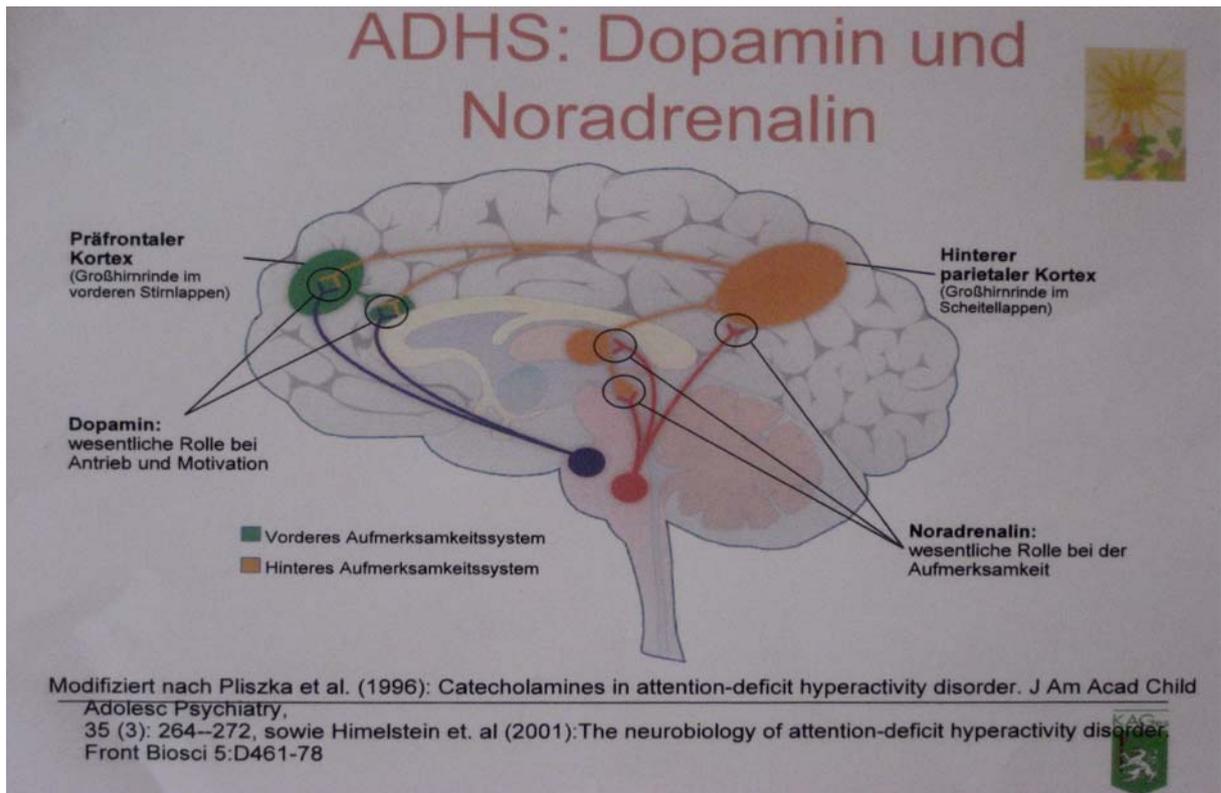


Abbildung 2: ADHS: Dopamin und Noradrenalin

Dieses Ungleichgewicht, herbeigeführt durch den Neurotransmittermangel, bewirkt bei ADHS-Kindern, dass die Konzentration auf eine Sache oder Handlung gestört ist. Das Gehirn kann unwichtige innere und äußere Reize und Impulse nur schlecht hemmen und filtern. Das führt zu einer Reizüberflutung, welche sich in den typischen Symptomen der Aufmerksamkeit, der Impulsivität und der Hyperaktivität zeigt (vgl. Rossi 2001, S.1,2).

Die Störung des Neurotransmitterstoffwechsels führt demnach zu einer Störung der Selbstregulation. In weiterer Folge kann es zu negativen Umwelt-Interaktionen und komorbiden Störungen kommen. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse geht man heute von einem biopsychosozialen Erklärungsmodell der ADHS aus (vgl. Döpfner et al. 2000, S.16).

2.5.2.2 Neurophysiologische Auffälligkeiten: Hirnaktivität

Aufgrund zahlreicher Studien lässt sich bei ADHS-Kindern eine niedrigere Hirnaktivität im vorderen Hirnbereich feststellen.

Hirnströme: 1974 untersuchten Monte Buchsbaum und Paul Wender mittels EEG die Hirnstromreaktion auf bestimmte Reize an je 24 Kinder mit und ohne ADHS. Es zeigte sich, dass Kinder mit ADHS so reagierten wie kleinere Kinder ohne ADHS, weil das Muster ihrer Hirnströme nicht altersgemäß ausgereift war. Durch die Einnahme von Stimulanzen verringerte sich der Unterschied zwischen den Testgruppen (vgl. Barkley 2005, S.114).

Durchblutung: Die Aktivität einer Hirnregion kann durch die Durchblutung gemessen werden. Eine 1984 veröffentlichte dänische Studie (Lou und Mitarbeiter) ergab, dass die vordere Hirnregion bei ADHS-Kindern weniger durchblutet war, „*vor allem der Nucleus caudatus, eine wichtige Struktur, die den vordersten Teil des Gehirns mit dem in der Mitte des Gehirns gelegenen so genannten limbischen System verbindet. Der Nucleus caudatus besteht aus mehreren Strängen von Nervenfasern, zu denen auch das Striatum gehört*“ (Barkley 2005, S.115). Diese Region ist wichtig für Verhaltenshemmung und Konzentration. Sie steht in Verbindung mit dem *limbischen System*, welches unter anderem für die Steuerung von Emotion, Motivation und Gedächtnis zuständig ist. Über verschiedene Bahnen sendet das limbische System Signale an die vordere Hirnregion, die wiederum die Signale an das limbische System zurücksendet und somit Verhalten und Gefühle reguliert und kontrolliert.

Glukosestoffwechsel: „*Der Glukoseumsatz ist ein Maß für die Arbeit eines Gehirnschnittes*“ (Imhof et al. 2000, S.62). Die Ergebnisse einer neurofunktionellen Untersuchung (Zametkin 1990) mittels einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) weisen auf einen verminderten Glukoseverbrauch vor allem in den vorderen Hirnregionen hin, was auf eine geringere Hirnaktivität bei ADHS-Betroffenen schließen lässt (vgl. Barkley 2005, S.117).

2.5.2.3 Neuroanatomische Auffälligkeiten: Hirnstruktur

Untersuchungsergebnisse über die Hirnstruktur zeigen, dass die ADHS wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass bestimmte Hirnregionen, *rechter präfrontaler Kortex, Basalganglien und rechtes Kleinhirn*, bei den Betroffenen kleiner und weniger aktiv sind als im Normalfall (vgl. Barkley 2005, S.120).

2.5.2.4 Neuropsychologische Auswirkungen

Nach Döpfner et al. (2000, S.13) sind bei ADHS-Betroffenen folgende neuropsychologische Funktionen beeinträchtigt: „*Selbstregulation, Flexibilität im Denken, Reaktionshemmung, Planen und Organisieren von Verhalten sowie dessen Sequenzierung.*“ Hierbei ist besonders die Hemmung von Impulsen (Inhibition) hervorzuheben. Die Beeinträchtigung der Inhibition und der exekutiven Funktionen ergibt sich durch eine genetisch bedingte Funktionsstörung der neuronalen Regelkreise und der dazugehörigen Neurotransmitter zwischen Frontalhirn und Striatum (Teil der Basalganglien).

Die Hemmung von Impulsen ist wichtig für vier exekutive Funktionen, da sie sich auf die Handlungsregulation auswirken (vgl. Döpfner et al. 2000, S.14, nach Barkley 1997).

1. Das nonverbale Arbeitsgedächtnis ist u. a. zuständig für die Analyse, die Planung und für die Ablauforganisation von Handlungen. Insbesondere ist hier das Zeitgefühl zu nennen, um Vergangenes und Zukünftiges in die Handlung einzu-beziehen.
2. Regulation von Affekten, Aufmerksamkeit und Motivation
3. Internalisierung und Automation von Sprache (Selbstinstruktion)
4. Entwicklung von Handlungssequenzen: Damit ist die Fähigkeit gemeint, „*beobachtetes und erlebtes Verhalten nach einer Analyse zu neuem Verhalten zu kombinieren*“ (Rossi 2001, S.4).

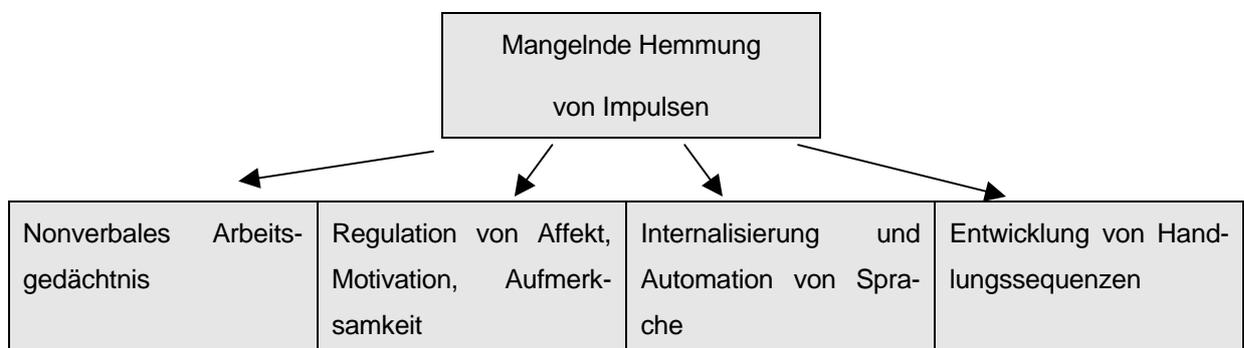


Tabelle 4: **Exekutive Funktionen** (Übernommen von Döpfner et al. 2000, S.14, nach Barkley 1997)

2.5.3 Die Ursachen der anomalen Entwicklung des Gehirns

Die oben beschriebenen Besonderheiten der Hirnentwicklung bei ADHS-Personen legen nach Barkley (vgl.2005, S.120) die Frage nahe, wieso es zu diesen Abweichungen kommt. Im Folgenden sollen die Theorien über den Einfluss von Umwelt und Erbfaktoren beschrieben werden.

2.5.3.1 Umweltfaktoren

Der Konsum von Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft hat nachweislich Auswirkungen auf die Entwicklung des Nucleus caudatus und die vordere Hirnregion des Ungeborenen, was das Risiko einer ADHS wahrscheinlich erhöht.

Blei hat ebenfalls toxische Wirkung auf das Gehirn und kann in einigen Fällen ein erhöhtes ADHS-Risiko bedeuten (vgl. Barkley 2005, S.120-122).

2.5.3.2 Genetische Faktoren

Nach Barkley (vgl.2005, S.123) sind die Anlagefaktoren am wahrscheinlichsten für die chemischen, funktionellen und strukturellen Auffälligkeiten im Gehirn verantwortlich.

Lauth, Schlottke (2002, S.45) führen an, dass der Zusammenhang zwischen den genetischen Grundlagen und der Manifestation der Störung komplexer ist als angenommen. *„Nicht die Störung wird „vererbt,“ sondern biologische Dispositionen, die die Ausbildung der Störungen begünstigen.“*

Angehörige von ADHS-Kindern sind häufiger von psychischen Störungen, wie Depression, Alkoholsucht, Verhaltensauffälligkeiten, antisozialem Verhalten und Hyperaktivität, betroffen. Die Ergebnisse aus einer Studie (Biedermann und Faraone, 1990) zeigten, dass bei ca. 25 Prozent der Verwandten ersten Grades von ADHS-Kindern ebenfalls eine ADHS bestand. Zwillingsstudien zeigen, dass bei eineiigen Zwillingen die Zwillingsgeschwister zu 80 bis 90 Prozent ebenfalls eine ADHS-Störung aufweisen. Bei zweieiigen Zwillingen konnte ein Anteil von 32 Prozent festgestellt werden (vgl. Barkley 2005, S.123).

Neuere Untersuchungen über die Genetik der ADHS zeigen, dass bis jetzt zwei Gene an der Vererbung der ADHS beteiligt sind. Das DRD4 Gen steht in Zusammenhang

mit einem Persönlichkeitsmerkmal, das als „*novelty seeking*“ (Suche nach Neuem) bezeichnet wird. ADHS-Betroffene haben höchstwahrscheinlich eine Variante dieses Gens, welches bewirkt, dass ihre Persönlichkeit ein hohes Maß an Neugierverhalten (Sie suchen den Nervenkitzel, sind unruhiger, risikofreudiger und impulsiver) aufweist. Das DAT1 Gen zeigt ebenfalls häufige Abweichungen. Es trägt vermutlich zur Regulierung der Dopaminaktivität im Gehirn bei, d.h. es beeinflusst die Geschwindigkeit, mit der das Dopamin aus dem Synapsenspalt abtransportiert wird. Barkley meint, künftige Forschungen werden zeigen, „*dass die ADHS auf das Zusammenspiel mehrerer Gene in einer bestimmten Kombination zurückzuführen ist*“ (Barkley 2002, S.124,125).

2.5.4 Wissenschaftlich nicht nachgewiesene Hypothesen über die Ursachen der ADHS

Nach Barkley (vgl.2005, S.127-136) gibt es keine wissenschaftlichen Beweise, dass folgende Ursachen für die Entstehung der ADHS verantwortlich sind: Ernährung, Hormone, Störung des Gleichgewichtssinnes, Pilze (*Candida albicans*), übermäßiger Fernsehkonsum.

2.5.5 Der Einfluss von problematischen familiären Verhältnissen auf die Entwicklung des ADHS-Kindes

Früher hielt man Probleme in der Umwelt des Kindes wie Erziehungsfehler, Vernachlässigung, ein gestörtes, chaotisches Familienleben, Streitigkeiten in der Ehe und frühkindliche Traumata für die Ursache der ADHS (vgl. Imhof et al. 2000, S.61).

Aus heutiger Sicht sind psychosoziale Faktoren nicht die Ursache der ADHS. Die Umwelt des Kindes beeinflusst aber durch seine Ressourcen oder Belastungen den Ausprägungsgrad und die Bewältigung der Störung. In erster Linie liegt eine genetische Disposition vor, welche die Ausbildung der Krankheit begünstigt. Diese kann entweder alleine oder erst im Zusammenwirken mit ungünstigen Umwelteinflüssen zum klinischen ADHS-Erscheinungsbild führen (vgl. Blanz et al. 2005b, S.3).

Eine derartige Entwicklung lässt sich durch das Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) erklären. Dieses berücksichtigt, als integratives Krankheitsmodell biologische, psychologische und soziale Faktoren, welche alleine oder in Wechselwir-

kung Einfluss auf die Störung haben. Unter Diathese versteht man die genetische Disposition bzw. Risikofaktoren für eine bestimmte Krankheit, die durch Hinzukommen belastender Umweltereignisse (Stress) eine beeinträchtigte Entwicklung auslösen oder verstärken können (vgl. Lauth, Schlottke 2002, S.35).

Psychische Störungen der Eltern können die Interaktion und die Kindererziehung erschweren. Barkley hält nicht die psychischen Probleme der Familienmitglieder und die daraus resultierenden Probleme im sozialen Umfeld für die Ursachen der ADHS, sondern die Erbanlagen, die Eltern und Kinder gemeinsam haben. Ein Vergleich von ADHS-Kindern und deren Eltern zeigt, dass aggressives und antisoziales Verhalten eher nur bei jener Teilgruppe von ADHS-Kindern auftritt, deren Eltern selbst psychische Probleme haben. Bei Kindern mit ADHS, in deren Familien keine psychischen und familiären Probleme auftreten, scheint eine Störung des Sozialverhaltens nicht häufiger zu sein als bei Kindern ohne ADHS. Ein gestörtes Sozialverhalten hängt demnach mit einem problematischen Familienleben zusammen, nicht aber mit der ADHS selbst (vgl. Barkley 2005, S.134-136).

Im Hinblick auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann man die gemeinsamen genetischen Bedingungen als Vulnerabilität (Empfänglichkeit) der Familie für ADHS verstehen. Wenn es konsequenten Eltern nun gelingt, im Verlauf der Erziehung trotz aller Schwierigkeiten für das ADHS-Kind optimale Verhältnisse zu schaffen, kommen diese Vulnerabilitäten weniger stark zum Ausdruck, als wenn die Vulnerabilität durch ungünstige Erziehung noch verstärkt wird.

2.5.6 Welche Rolle spielen Erziehungsfehler?

Wie aus der bisherigen Auseinandersetzung mit der ADHS hervorgeht, sind Erziehungsfehler nicht als primäre Verursachung zu sehen. Der Einfluss der Umweltbedingungen spielt jedoch für die weitere positive oder negative Entwicklung des Kindes eine maßgebliche Rolle.

Zusammenfassend soll das „*Biopsychosoziale Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen*“ nach Döpfner et al. (2000, S.15) einen Überblick über die vermuteten Ursachen, die ablaufenden Prozesse und die beteiligten Ebenen geben.

Ursachen	Prozesse	Ebenen
Genetische Disposition Hirnschädigung ?	Störungen des Neurotransmitterstoffwechsels (v. a. Dopamin) u. andere cerebrale Störungen	Biochemie und Neurophysiologie
	↓	
	Störungen der Selbstregulation (mangelnde Hemmung von Impulsen)	Neuropsychologie
	- des Arbeitsgedächtnisses - der Regulation von Affekt, Motivation und Aufmerksamkeit - der Automation von Sprache - Entwicklung von Handlungssequenzen	
	↓	
	Hyperkinetische Symptome	Symptome
	- Aufmerksamkeitschwäche - Impulsivität - Hyperaktivität	
	↓	
Ungünstige Bedingungen in Familie und Schule	Zunahme an negativen Interaktionen mit Bezugspersonen	Interaktionen
	↓	
	Komorbide Symptome	Komorbide Symptome
	- Leistungsdefizite - aggressives Verhalten - emotionale Störungen	

Tabelle 5: **Biopsychosoziales Erklärungsmodell** (Döpfner et al. 2000, S.15)

3 VERKNÜPFUNG VON PSYCHODRAMA-THEORIE UND ADHS-THEORIE

Im dritten Teil meiner Master Thesis möchte ich die Theorie und Terminologie des Psychodramas und die allgemeine Theorie der ADHS miteinander integrieren. Es ist mein Anliegen, die Entwicklung und in der Folge die Behandlung des ADHS-Kindes im Blickwinkel der psychodramatischen Theorie und Methode darzustellen.

Am Beginn dieses Kapitels gehe ich auf den Ansatz von R. Barkley ein, wonach er zwischen Kernsymptomen und der Kernproblematik der ADHS unterscheidet. Zu den **Kernsymptomen der ADHS** zählen Hyperaktivität, Impulsivität, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, Schwierigkeiten Regeln und Anweisungen zu befolgen und die Unbeständigkeit bei der Bearbeitung von Aufgaben (vgl. Barkley 2005, S.65,66). Dem ADHS-Kind mangelt es an der Fähigkeit, innezuhalten, nachzudenken, Impulse zu unterdrücken, zu planen, danach zu handeln und sich nicht ablenken zu lassen. Jedoch die **Kernproblematik der ADHS** liegt in der mangelnden Fähigkeit, das Verhalten zu hemmen und zu steuern bzw. in der Hemmung von Impulsen. Die oben genannten fünf Kernsymptome der ADHS sind Ausdruck dieses Grundproblems der ungenügenden Verhaltenshemmung (vgl. Barkley 2005, S.85).

„Der Begriff der ADHS geht mit seiner Konzentration auf Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität sicher am Kern des Problems vorbei“ Barkley (2005, S.105).

Die mangelnde Hemmung von Impulsen lässt sich auch als Störung der Selbstregulation ausdrücken. In der Interaktion mit seinen Bezugspersonen erlernt das Kind im Laufe der Entwicklung Kompetenzen zur Handlungsregulation. Die Hemmung von Impulsen spielt dabei eine wichtige Rolle. Da ADHS-Kinder damit Probleme haben, kommt es nach Barkley zur Beeinträchtigung bestimmter Fähigkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen, die ich im Kapitel 2.5.2.4 besprochen habe.

Den Ansichten von Bronowski folgend, hält Barkley (vgl.2005, S.90) folgende fünf Fähigkeiten bei ADHS-Personen für schwach entwickelt: Den Sinn für Vergangenheit und Zukunft, den inneren Monolog und die Selbstkontrolle, bei der Bewertung von Ereignissen zwischen Tatsachen und Gefühlen zu unterscheiden, die Verinnerlichung der Motivation, eingehende Informationen aufzuspalten und neu zu kombinieren. Bis auf

die letztgenannte Fähigkeit vollzieht sich die Entwicklung der ersten vier normalerweise zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr.

Im entsprechenden Entwicklungsalter (Psychodramatische Rollenebene) werde ich auf die fünf mangelnden Fähigkeiten nach Barkley zurückkommen.

3.1 Der Entwicklungsverlauf des Kindes aus psychodramatischer Sicht im Vergleich zum altersspezifischen ADHS-Erscheinungsbild

In diesem Kapitel möchte ich einerseits die normale Entwicklung des Kindes aus der Sicht des Psychodramas (Schacht 2003) darstellen und andererseits die typischen altersspezifischen ADHS-Merkmale aufzeigen, wie sie in der Literatur (vgl. Döpfner et al. 2000; Imhof et al. 2000; Barkley 2005; Lauth/Schlottke 2002; Neuhaus 2002/2003; Wender 2002) und Praxis zu finden sind. Ich werde zu jedem Altersabschnitt beschreiben, was das Kind für eine förderliche Entwicklung braucht und wie normalerweise die Entwicklung ablaufen kann, um diese dann mit dem altersspezifischen Störungsbild der ADHS zu vergleichen. Dabei möchte ich versuchen, die Kernproblematik der ADHS in ihrer Entwicklung herauszuarbeiten, um daraus im nächsten Kapitel gezielte therapeutische Interventionen abzuleiten.

Überlegungen zur Lage:

Die Diagnose ADHS wird meist erst im Schulalter gestellt, weil mit Schuleintritt die Kinder mit ihren Aufmerksamkeitsproblemen und ihrer Hyperaktivität am meisten auffallen. Anzeichen im Verhalten des Kindes zeigen sich aber schon früher.

Im Alter von 3 bis 4 Jahren ist eine Abgrenzung der ADHS zum Normalverhalten des Kindes möglich, wenn auch schwierig (vgl. Döpfner et al. 2000, S.17).

Das wesentliche Problem des ADHS-Kindes besteht darin, dass es Schwierigkeiten hat sein Handeln zu regulieren. Im Psychodrama ist Handeln ein zentraler Begriff. Entwicklungspsychologisch ist von Interesse, wie ein Kind Handlungs- und Selbstregulation (Beide Begriffe werden von Schacht 2003 synonym verwendet.) erlernt.

Von Geburt an erfolgt das Erleben und die Entwicklung des Kindes über soziales Handeln („*in the act*“) in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen. Demnach ist aus psychodramatischer Sicht „*Handeln als soziale Interaktion*“ (Schacht 2003, S.13) zu verstehen.

Das ist ein Entwicklungsprozess, in dem das Kind mit seiner Mutter (Bezugsperson) als „*Hilfs-Ich*“¹ Regulationsmuster erlernt, um zunächst seine physiologischen Prozesse, danach seine Aktivität und Erregung sowie seine Affekte und seine Aufmerksamkeit zu regulieren, um schließlich zu seiner Selbstregulation zu kommen.

Wie im Theorieteil über ADHS beschrieben, gehe ich davon aus, dass ADHS eine genetisch bedingte neurobiologische Verursachung hat. Diese Disposition führt zur Störung der Selbstregulation (Impulshemmung). Infolgedessen treten die Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwäche auf. Aufgrund der ADHS-Disposition wird es für die Eltern schwierig, gelingende Interaktionen zu gestalten, die für die optimale Entwicklung der kindlichen Regulationskompetenzen wichtig sind. Gelingt es den Eltern nicht, positive Interaktionen herzustellen, kommt es interaktionell zu sich selbstverstärkenden Prozessen, welche die Entwicklung der Regulation weiter beeinträchtigen. Das Ergebnis aus der Disposition und den interaktionellen „Teufelskreisen“ ergibt das Störungsbild der ADHS.

Aufgrund dieser Überlegungen ergeben sich für die weitere Ausarbeitung meiner Master Thesis folgende Zielsetzungen, die ich bereits in der Einleitung angeführt habe:

1. Meine erste Zielsetzung ist es zu untersuchen, welche Schwierigkeiten sich in der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind ergeben können, bei dem später ADHS diagnostiziert wird.
2. Meine zweite Zielsetzung ist es herauszuarbeiten, welche Faktoren daran beteiligt sind, dass es für ein ADHS-Kind zu Schwierigkeiten beim Erlernen einer entsprechenden Handlungs- bzw. Selbstregulation kommt.

¹ Hilfs-Ichs: Sind therapeutische Hilfskräfte im protagonistenzentrierten Psychodrama-Spiel, die Rollen für den Protagonisten übernehmen und ihm helfen ein Problem darzustellen. (Haselbacher 2004, S.211)

Nach Schacht erfolgt die Entwicklung des Kindes in drei Rollen- bzw. Handlungsebenen:

1. **Psychosomatische Rollenebene:** (Geburt - 1 ½ Jahre)
2. **Psychodramatische Rollenebene:** (15./18. Lebensmonat - 4./6. Lebensjahr)
3. **Soziodramatische Rollenebene:** (4./6. Lebensjahr - Postadoleszenz)

In den folgenden Ausführungen möchte ich aus den eben genannten Rollenebenen jene Entwicklungsschritte untersuchen, die ich für das Thema ADHS wesentlich finde, um Ergebnisse auf die oben gestellten Zielsetzungen zu bekommen. Antworten lassen sich hauptsächlich in den ersten zwei Rollenebenen finden, weshalb ich mich im Wesentlichen auf diese beiden Ebenen beschränke. Jedoch möchte ich auch auf die Kompetenzen des Kindes auf der soziodramatischen Rollenebene eingehen, da ich ja in erster Linie mit Volksschulkindern arbeite.

3.1.1 Psychosomatische Rollenebene: Säuglings- und Kleinkindalter

Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen der Säuglingsforschung weist das Kind schon sehr früh Handlungskompetenzen auf, die es in der Interaktion mit der Mutter, welche ihm als „Hilfs-Ich“ dient, in den angesprochenen Rollenebenen stetig weiterentwickeln kann. In der folgenden Tabelle gebe ich einen Überblick über die zu erlernenden Regulationsmechanismen auf der psychosomatischen Rollenebene:

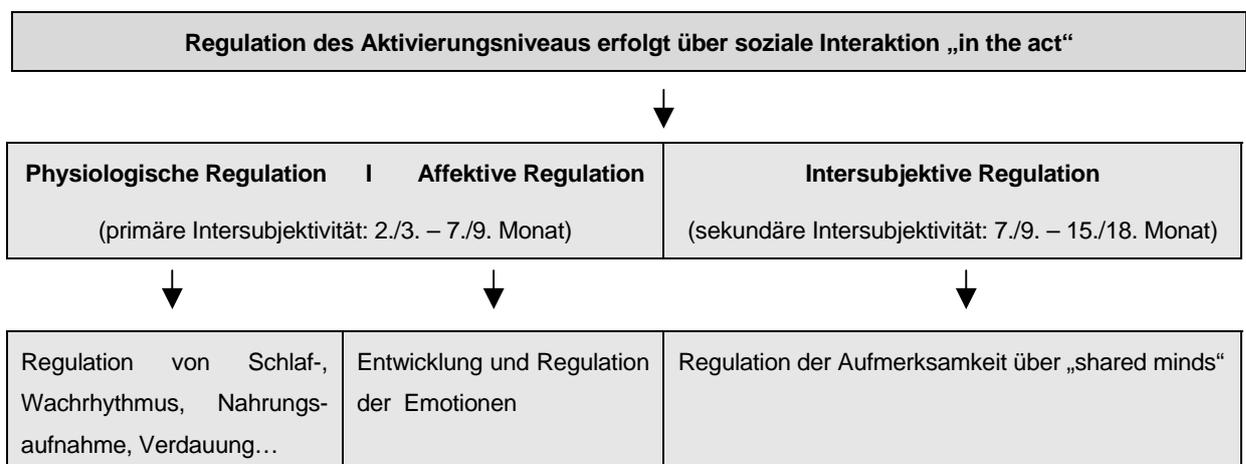


Tabelle 6: Eigenerstellung: **Regulation des Aktivierungsniveaus** (vgl. Schacht 2003)

Die psychosomatische Rollenebene wird von Schacht (vgl.2003, S.46-114) in drei Altersabschnitte unterteilt.

3.1.1.1 Die Entwicklung des Säuglings in den ersten 2-3 Monaten

In diesem Kapitel werden die frühen Handlungskompetenzen, die Regulation der physiologischen Prozesse sowie das Temperament des Säuglings besprochen.

Frühe Handlungskompetenzen des Säuglings

Der Säugling tritt bereits von Beginn an aktiv mit seiner Umwelt in Kontakt. Er ist nach Moreno nicht nur „**actor**“, sondern auch sozial Handelnder, d. h. „**interactor**.“

Als „**interactor**“ zeigt er Aufmerksamkeit und Interesse an Menschen und deren Gesichtern oder er ahmt, wie aus Experimenten hervorgeht, zuverlässig die Mimik Erwachsener nach. Er ist fähig, Lebewesen von leblosen Dingen zu unterscheiden. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind wird in ihrer **Wechelseitigkeit** betrachtet, die Entwicklung erfolgt über „**co-action**“, „**co-being**“ und „**co-experience**“.

Für den Säugling als „**actor**“ führte Moreno den Begriff des „**Aktionshungers**“ ein und meint damit dessen Drang nach aktiver Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Handlungsmotive des Säuglings wie Neugier, Interesse, Funktionslust, Freude am Effekt und die Erfahrung von Urheberschaft sind dem Aktionshunger zuzuordnen. Der Säugling richtet seine Aufmerksamkeit auf die Umwelt und wirkt auf sie ein. Wenn z.B. eine Aktivität eine angenehme und interessante Empfindung beim Säugling auslöst, dann wird sie wiederholt. Bei einem Experiment mit drei Tage alten Säuglingen wurde beispielsweise ein Tonband mit einer Frauensingstimme eingeschaltet, sobald das Kind nach einem bestimmten Rhythmus am Schnuller saugte. Der Säugling macht in diesem Beispiel die Erfahrung, dass es eine kontingente (vorhersagbare) Verknüpfung zwischen der eigenen Handlung (saugen) und deren Konsequenz (Singstimme) gibt. Er erlebt, dass er durch eigene Aktivität eine bestimmte Wirkung erzielt (= Erfahrung der Urheberschaft) (vgl. Schacht 2003, S.48-50).

Begriffe, die wir in der ADHS-Literatur ständig hören, nämlich Aktivität und Aufmerksamkeit, spielen bereits bald nach der Geburt eine Rolle.

Physiologische Regulation

Die physiologische Regulation ist die erste Handlungsregulation, welche der Säugling erlernen muss. Schon in den ersten Lebenswochen muss das Kind die Regulation und Stabilisierung seiner physiologischen Prozesse, wie Wechsel von Schlaf- und Wachzustand, Nahrungsaufnahme, Stoffwechsel und Verdauung erlernen. Die Entwicklung psychophysiologischer Regulationsmuster erfolgt u. a. durch die soziale Interaktion mit den Bezugspersonen. Die Handlungen im Alltag wie Füttern, Beruhigen, Schlafengehen, Spielen usw. sind zeitlich strukturiert und ergeben einen bestimmten Rhythmus, der als Zeitgeber für die biologische Uhr des Kindes dient. Mit ihren spezifischen, verborgenen Regulationsmechanismen („*hidden regulators*“) fungiert die Mutter als Zeit- und Taktgeberin für den Säugling und stellt ihm somit basale Hilfs-Ich-Kompetenzen bereit, damit er allmählich lernt, seine physiologischen Prozesse selbst zu regulieren. Nach 2-3 Monaten helfen äußere Begebenheiten wie Tageslicht, Tageszeit und Außentemperatur diese organismischen Abläufe zu steuern und es werden weitere Regulationsmechanismen erlernt (vgl. Schacht 2003, S.55-58).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Auswirkungen des schwierigen Temperaments auf die physiologische Regulation.

Wie aus Elternerstgesprächen und aus der Literatur hervorgeht, weisen später diagnostizierte ADHS-Kinder oft schon als Säuglinge ein schwieriges Temperament auf. Das Temperament des Kindes hat nicht nur Auswirkungen auf die physiologische Regulation im Säuglingsalter, sondern auch auf das Erlernen weiterer Regulationsmechanismen, die im Verlauf der Arbeit noch beschrieben werden.

Unter Temperament sind Verhaltensdispositionen zu verstehen, die sich jedoch durch die Umwelt modifizieren lassen (vgl. Schacht 2003, S.396).

Barkley (vgl.2005, S.140) nennt folgende Temperamentsmerkmale, die als Anzeichen für eine ADHS-Entwicklung zu sehen sind: Unregelmäßige Schlaf- und Essensrhythmen, häufiges Schreien, Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, hohe Intensität der Reaktionen, negative Stimmungslage und eine geringe Anpassungsfähigkeit und Frustrationstoleranz.

Werneke und Rollett (vgl.1999, S.1, nach Chess und Thomas) meinen, dass beim Zusammenhang zwischen schwierigem Temperament und psychischen Störungen niemals das Temperament alleine als Ursache, sondern ausschließlich die Temperament-Umwelt-Interaktion ausschlaggebend ist.

Demnach ist davon auszugehen, dass sich ein schwieriges Temperament und die Eltern-Kind-Interaktion wechselseitig beeinflussen.

Auch Döpfner et al. (vgl.2000, S.17) führen an, dass ein schwieriges Temperament, Regulationsstörungen und gereizte Stimmungslage zwar einen erhöhten Risikofaktor zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im späteren Kindesalter darstellen können, das Risiko erhöht sich jedoch, wenn es den Eltern nicht gelingt, die Belastungen zu bewältigen.

Für eine Mutter mit einem regulationsgestörten, überempfindlichen und übererregten Kind wird dieser Prozess der psychophysiologischen Regulation vermutlich nicht synchron und harmonisch ablaufen. Wenn der Säugling zu unregelmäßigen Schlaf- und Essgewohnheiten neigt und sich auch im Wachzustand unzufrieden zeigt, ist es für die Mutter schwer, ein gutes „Doppel²“ des Kindes zu sein, zu spüren, wann es hungrig oder müde ist (vgl. Schacht 2003, S.69).

Eltern berichten beim Erstgespräch vielfach über Regulationsstörungen.

Fallbeispiel A: Der zehnjährige Bub kam mit seiner Mutter zum Erstgespräch. Beide berichteten über Verhaltensschwierigkeiten seit dem Kindergarten, welche sich jetzt in der Schule zuspitzten. Im Zuge der Anamnese erfuhr ich, dass die Schwangerschaft unproblematisch verlief und die Geburt 40 Stunden dauerte. Im Säuglingsalter gab es mit dem Stillen Probleme. A. schlief beim Trinken immer wieder ein, erwachte bald darauf wieder und weinte, weil er ständig Hunger hatte. Das Umstellen auf die Baby-nahrung verfrug er nicht. Diese kam wieder hoch, sobald sie geschluckt war. Er hat nur mehr vor Hunger geschrien. Am Abend hatte er Probleme mit dem Einschlafen. Die Mutter war zu der Zeit oft erschöpft. Nachdem er eineinhalb Monate vor Hunger geschrien hatte, probierte es die Mutter mit Ziegenmilch. Diese verfrug er zum Glück. Trotzdem war er nie ein ruhiges Kind. Schon im Kleinkindalter war er ständig unter-

² Doppel (Doppelgänger): „Durch die Hilfs-Ich-Kompetenzen eines anderen Menschen erhält ein/e ProtagonistIn Bestätigung und damit die Möglichkeit, Kontakt zum eigenen Selbst (wieder) herzustellen.“ (Schacht 2007, S.10)

wegs. Er ist ständig gelaufen und gekraxelt. Sie mussten seinen Bewegungsraum abgrenzen, damit er sich nicht verletzte.

Die Erschöpfung und Verunsicherung der Mutter bewirken, dass ihre Rolle als regulierendes „*doppelndes Hilfs-Ich*“ erschwert wird.

3.1.1.2 Die weitere Entwicklung bis zum Alter von 7-9 Monaten

Die Gestaltung der Mutter-Kind-Interaktion und deren Auswirkungen auf die Regulation des Aktivierungsniveaus

Im Säuglingsalter erfolgt die Mutter-Kind-Interaktion über gemeinsames Handeln, wobei der Blickkontakt eine wesentliche Rolle spielt. Synchron und rhythmisch stellen sich beide normalerweise aufeinander ein und agieren als „*role giver*“ und „*role receiver*“. Dornes folgend, beschreibt Schacht (vgl.2003, S.61), wie im Idealfall eine Mutter-Kind-Interaktion abläuft. Wenn die Mutter mit dem Säugling in Kontakt tritt, reagiert er, indem er breit lächelt und seine Arme und Beine bewegt. Sie empfängt sein Lächeln, lächelt zurück, redet mit ihm in veränderter Stimmlage, bewegt vielleicht seine Beine, usw. Diese Szene wiederholt sich einige Male, dazwischen wird der Säugling ruhig und ebenso beruhigt sich die Mutter. Mit seinen Aufmerksamkeits- und Bewegungszyklen wirkt der Säugling als „*role giver*“, während sich die Mutter als „*role receiver*“ auf die Art und Intensität seiner Kontaktaufnahme einstellt. Indem sie diese aufgreift, spiegelt und leicht variiert zurückgibt, wird sie ihrerseits wiederum zum „*role giver*“. Der Säugling signalisiert zunächst seinen Wunsch nach Kontaktaufnahme („*Annäherung*“), wenn es ihm zuviel wird, unterbricht er den Kontakt („*Vermeidung*“). Auf diese Weise lernt er gemeinsam mit der Mutter im Sinne von Co-Regulation, das eigene Aktivierungsniveau zu regulieren. Die einfühlsame Mutter wird das Signal des Kindes nach Ruhe verstehen und aus der Sicht des Säuglings (und nicht aus der eigenen Perspektive) reagieren, indem sie sich zurücklehnt und abwartet, bis er wieder mit ihr in Kontakt tritt. Sie agiert somit als „*doppelndes Hilfs-Ich*“ für ihr Kind. Der Säugling lernt, einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und dem regulierenden Handeln der Mutter herzustellen.

In der wechselseitigen Interaktion kommt es jedoch immer wieder zu fehlerhaften Koordinationen („*interactive errors*“) zwischen Mutter und Kind. Das passiert, wenn die Mutter dem Wunsch des Kindes nach Rückzug nicht folgt, sondern ständig versucht, seine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, wenn der Säugling wegschaut. Übermäßig erregt erfolgen Regulationsbemühungen an die Mutter, indem er beispielsweise seine Arme gegen die Mutter drückt. („*other-directed regulatory behavior*“) Nützt das nichts, richten sich seine Regulationsbemühungen auf das eigene Selbst („*self-directed regulatory behavior*“), indem er sich wegdreht und am Daumen saugt. In einer guten Beziehung können diese „*interactive errors*“ schnell wieder korrigiert werden (vgl. Schacht 2003, S.60-66).

„In der Beziehung zwischen Bezugsperson und Säugling werden unterschiedliche Rollenerwartungen hinsichtlich der Anziehung und Abstoßung auf der Verhaltensebene ausgehandelt, wie dies im Beispiel des Umgangs mit interactive errors demonstriert wurde“ (Schacht 2003, S.74). Gelingt diese wechselseitige Regulation von Annäherung und Vermeidung, erfolgen die Handlungen zwischen den beiden synchron. Bleckwedel zitierend, schreibt Schacht weiter, solche Erfahrungen *„werden körperlich im Empfinden und Denken gespeichert und bilden eine subjektive Matrix des Grundvertrauens in menschliche Beziehungen.“*

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Ein zu hohes psychophysisches Aktivierungsniveau

Ein Teil der später diagnostizierten ADHS-Kinder weist oft ein sehr hohes psychophysisches Aktivierungsniveau auf. Das Kind schreit sehr viel, ist ständig in Bewegung, quengelig, reizbar, wirkt nicht entspannt, sondern unzufrieden, wird schnell wütend und schätzt Körperkontakt nicht besonders (vgl. Imhof 2000, S.64).

Es ist nachvollziehbar, dass eine Mutter durch ein derart schwieriges Temperament ihres Kindes irritiert und verunsichert ist. Wenn der Säugling sich steif macht, viel weint und den Blickkontakt ablehnt, versucht sie vielleicht den Blickkontakt herzustellen und seine Aufmerksamkeit zu bekommen, indem sie seinen Blick kreuzt. Es passieren möglicherweise gehäuft FehlAbstimmungen, das Kind wird immer erregter und mit ihm

die Mutter. Auf diese Weise kann ein sich selbst verstärkender Kreislauf entstehen, der weiter zu einer unzureichenden Entwicklung der Fähigkeit zur Aktivierungsregulation führt. Das Problem, das sich für die Mutter ergibt ist, dass sie in der Interaktion mit ihrem schwierigen Kind nicht als „gute Mutter“ bestätigt wird.

Nach Neuhaus (vgl.2003, S.51-60) ist es für die Eltern wichtig, sich auf das Anderssein ihres Kindes einzustellen und ihrer Sensibilität und Intuition zu vertrauen. Sie sollte vor jeder Handlung mit dem Kind Kontakt (Blickkontakt, anlächeln) aufnehmen und mit ruhiger, freundlicher, tiefer Stimmlage reden. Trotz aller Schwierigkeiten sollte sie sich Zeit nehmen, um die Signale (Blickabwendung, Kontaktvermeidung) des Kindes zu beobachten und nicht unter Stress die vermuteten Bedürfnisse ihres Kindes befriedigen. Solche Kinder mögen weder Hektik noch plötzliche Veränderungen. Unnötiger Geräuschpegel (Fernseher) sollte vermieden werden. Die Mutter sollte sich selbst Ruhephasen gönnen, entweder indem sie sich Hilfe von außen holt oder sich ausruht, wenn auch ihr Kind schläft.

Entstehende Fehlentwicklungen aus der Mutter-Kind-Interaktion sind mit dem Konzept der Passung erklärbar. *„Dem Konzept der Passung (Zentner 1997, 1998) zufolge sind Ursachen von Störungen der Entwicklung nicht einseitig beim Säugling oder den Eltern zu sehen. Probleme entstehen zwischen den Beteiligten; Ursachen sind in der Passung zu suchen“* (Schacht 2003, S.70).

Affektive Regulation

ADHS-Kinder haben aufgrund der mangelnden Impulshemmung auch Schwierigkeiten mit ihrer Affektregulation. Nach Schacht (vgl.2003, S.71) entwickelt das Kind seine Emotionen durch soziale Erfahrungen mit den Bezugspersonen. Sroufe folgend, beschreibt Schacht diese Entwicklung anhand der gemeinsamen Regulation des affektiven Aktivierungs- und Erregungsniveaus. Dazu verwendet er das Bild einer Gratwanderung. Bewegt sich die Erregung des Säuglings im mittleren Bereich, wird sie von ihm als wohltuend erlebt und er befindet sich noch auf dem engen Grat. Bei zu niedriger oder zu starker Erregung rutscht er vom Grat ab. Damit diese Gratwanderung gelingen kann, bedarf es der Regulierungshilfe seiner Bezugsperson. Bei einer Überstimulierung wird die Mutter beruhigend einwirken, um seinen Intensitätspegel zu verringern.

Bei gelingender gemeinsamer Erregungsregulation gewinnt der Säugling allmählich an Toleranz und lernt seine Erregung und Affekte zu regulieren.

Die ersten 2-3 Monate erlebt der Säugling Affekte eher diffus in Form von Lust und Unlust. Nach Schacht (vgl.2003, S.72) werden diese spürbaren inneren affektiven Signale durch muskuläre und physiologische Prozesse ausgelöst, ergeben aber noch kein zusammengehöriges Muster und werden noch nicht als Affekt als solcher erlebt. In den folgenden Monaten lernt er diese inneren Signale als zusammengehöriges Muster zu empfinden, welches er nun zu seiner eigenen Person zugehörig erlebt. Ein Gefühl wird jetzt als solches wahrgenommen. Mit der Zeit lernt der Säugling eine Situation differenzierter nach Affekten (Freude, Ärger, Furcht, usw.) zu bewerten.

Wie dieser Entwicklungsprozess gelingt, haben Gergely und Watson, denen Schacht in seinen Ausführungen folgt, in ihrer Theorie über die Affektspiegelung beschrieben. Indem die Mutter den Affekt ihres Kindes imitiert und diesen in etwas veränderter Form zurückgibt, hat dies für das Kind die Wirkung als sähe es in einen Spiegel. *„Dem Kind wird affektiv gespiegelt, wie es von anderen Menschen wahrgenommen wird“* (Schacht 2003, S.72). Der Affekt des Kindes wird in maximierender Form von der Mutter zurückgespiegelt und bekommt dadurch die Qualität einer spielerischen „Als ob“- Handlung. Dieser Vorgang wird als Markierung bezeichnet. *„Sie signalisiert in the act, dass der Affekt so, wie er gezeigt wird, nicht ausschließlich echt und ernst gemeint ist“* (Schacht 2003, S.73). Die Mutter, als „Doppel“ agierend, imitiert z.B. den Ärger ihres Kindes auf übertriebene Weise mit dem Ziel, ihn zu beruhigen. Diese affektiven Signale ihrerseits werden für das Kind zum sozialen Biofeedback. Das Kind merkt, ob die Mutter tatsächlich wütend ist oder nicht. Einerseits deshalb, weil der tatsächliche Ärger einer überforderten Mutter die Situation vermutlich zum Eskalieren bringen würde und andererseits, weil der spielerisch markierte Affekt unmittelbar dem affektiven Signal des Kindes folgt. Der Säugling erlebt, dass auf den spielerisch gespiegelten Ärger der Mutter eine positive Veränderung seiner eigenen Affekte erfolgt. Wenn der Ärger spielerisch markiert ist, erfolgt bei dieser Markierung des Affekts ein Vorgang, den Gergely und Watson *„referentielle Entkoppelung“* nennen. Das bedeutet, der Säugling kann den übertrieben gespiegelten Affekt der Mutter von der Person der Mutter trennen (entkoppeln) und begreifen, dass dieser Affekt zu ihm selbst gehört. Unter *„referentieller Verankerung“* verstehen die Autoren, dass der Säugling für die eigenen Ge-

fühle immer mehr sensibilisiert wird, diese mit der Zeit wieder erkennen und mit dem Selbst verbinden kann. Damit macht er die Erfahrung von Kontingenz und Urheber-schaft (vgl. Schacht 2003, S.72-74).

Nach Dornes (vgl.2001, S.154) gibt es gemeinsames Affekterleben bzw. Affekt-kommunikation schon früher, wie oben beschrieben, beim gemeinsamen Spiel mit Blickkontakt, Anlächeln und Vokalisieren. Im Unterschied zu früher kann der Säugling jetzt den mütterlichen Affekt „lesen“ und auf sich selbst beziehen. Er richtet seine Gefühle nach den Affektmitteilungen der Mutter.

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Die Emotionen gehen hoch.

Die Regulierung des affektiven Aktivierungsniveaus kann sich schwierig erweisen, wenn das Kind leicht irritierbar ist und eine niedrige Reizschwelle aufweist. Es kommt in der Interaktion wahrscheinlich zu vermehrten Stressreaktionen. Papausek (1999) folgend, schreibt Schacht (vgl.2003, S.69,70), dass ein schwieriges Temperament, wie ständige Unruhe und unstillbares Schreien bei den Eltern zu chronischer Erregung, Erschöpfung, Schlafstörungen, Versagensgefühlen und zu einem gekränkten Selbstwertgefühl führen kann. Zwischen einer leicht reizbaren Mutter, die möglicherweise selbst an ADHS leidet und einem impulsiven, leicht reizbaren Kind wird es eher zu konflikthaften Situationen kommen als bei einer geduldigen Mutter.

Eine Mutter, die sich selbst öfter in erhöhtem Erregungszustand befindet, wird den ärgerlichen Affekt ihres Kindes nicht immer spielerisch markieren können, um damit ihr Kind zu beruhigen. Sie tritt dann dem Säugling mit echtem Ärger gegenüber, was die Situation zum Eskalieren bringen kann. Das Kind bekommt z.B. eher den tatsächlichen Ärger der Mutter gespiegelt als den Affekt der Freude. Wenn eine überforderte Mutter die Affekte des Kindes nicht spielerisch markieren kann, bekommt es seine eigenen Gefühle weniger gespiegelt und kann diese auch nicht in entsprechendem Maß kennen lernen. Die gemeinsame Aktivierungsregulation ist erschwert und somit die Fähigkeit des Kindes, seine Affekte angemessen regulieren zu lernen.

3.1.1.3 Die weitere Entwicklung bis zum Alter von 15-18 Monaten

In diesem Altersabschnitt erfolgen Veränderungen auf verschiedenen Ebenen.

Auf kognitiver Ebene beginnt die Sprachentwicklung. Durch Nicken, Kopfschütteln oder andere Gesten kann ein „Ja“ oder „Nein“, also Zustimmung oder Ablehnung ausgedrückt werden.

Auf motorischer Ebene beginnt die Aktivität des Kindes zuzunehmen: Das Kind kann sitzen, krabbeln, beginnt zu laufen und somit sich von den Eltern für kurze Zeit fortzubewegen. Es will aktiv seine Umwelt erkunden, wobei Neugier als Motiv der Handlung zu sehen ist (vgl. Schacht 2003, S.88,89).

Hyperaktive Kinder beginnen ab diesem Zeitpunkt durch ihre motorische Unruhe aufzufallen. Wender (2002, S.21) schildert über Elternberichte, *„dass die Kinder nach einer unruhigen Säuglingsperiode sehr bald mit dem Sitzen und Laufen angefangen hätten.“* Man könne die Kinder nicht einen Augenblick aus den Augen lassen, weil sie überall dran sind, Dinge kaputt machen, überall hinaufklettern, Tische abräumen usw.

Intersubjektive Regulation

Auf sozialer Ebene entwickelt sich soziales Handeln. Es kommt zu wichtigen Veränderungen. Stern folgend, schreibt Dornes (2001, S.152), dass beim Kind das Gefühl eines *„intersubjektiven Selbst“* entsteht. Es entdeckt, dass es innere Erfahrungen mit seinen Bezugspersonen teilen und kommunizieren kann (*Sharing*).

„Shared minds“ bedeutet die *„Entwicklung erster gemeinsam geteilter psychischer Zustände“* (.), *„die der Säugling zusammen mit seinen Eltern erfahren kann“* (Schacht 2003, S.89, nach Harding et al. 1997).

In der Rolleninteraktion zwischen Kind und Bezugsperson drücken sich *„shared minds“* folgendermaßen aus:

Das Kind kann nun gemeinsam mit seiner Bezugsperson die Aufmerksamkeit auf ein drittes Objekt richten (*„joint attention“*). Es zeigt mit dem Finger z.B. auf ein Spielzeug oder den Mond und möchte damit auch die Aufmerksamkeit der Mutter auf dieses Objekt richten.

Mittels Signalen verständigen sich beide über einen Gegenstand oder über eine bestimmte Absicht/Ziel. Hinzukommend drückt „**shared attention**“ aus, dass dem Kind genau diese Gemeinsamkeit wichtig ist, mit der beide gemeinsame Zustände der Aufmerksamkeit erleben und gemeinsame Erfahrungen machen. Unser 17 Monate alter Nachbarsbub Matthias liebt beispielsweise den Mond. Gemeinsam mit seiner Mama will er den Mond am Himmel sehen, dann wieder im Bilderbuch. Sharing wird für das Kind zum wichtigen Handlungsmotiv.

Danach holt Matthias einen Zettel und den gelben Stift, damit Mama den Mond für ihn zeichnet. Eine gemeinsam verfolgte Absicht (Ziel) wird wichtig („**shared intentions**“). Der Bezugsperson mit ihren Hilfs-Ich-Kompetenzen kommt bei der Gestaltung von „*ko-kreativen Prozessen*“ große Bedeutung zu. Es ist entscheidend, wie die Mutter auf ihr zielgerichtet handelndes Kind reagiert und wieviel geteilte Aufmerksamkeit beide im gemeinsamen Spiel erleben können (Schacht 2003, S.89,90).

Anhand der „*shared minds*“ lernt das Kind seine Aufmerksamkeit zu entwickeln, die Aufmerksamkeitsphasen zu erweitern und sie zu regulieren. Wenn beide die Aufmerksamkeit im Spiel auf einen Gegenstand oder auf ein Ziel richten, ist es für das Kind außerdem wesentlich, dass die Äußerungen der Mutter tatsächlich auf den Gegenstand und auf die Intention bezogen sind. Die Reaktion der Mutter sollte auf die Signale und das Verhalten des Kindes bezogen sein. Als fiktives Beispiel nehme ich Matthias, der damit beschäftigt ist, im Bilderbuch vertieft den Mond anzusehen. Seine Mutter sagt jedoch: „Schau dir den Stoffhund an, wie süß der ist.“

In diesem Fall ist die Bezogenheit der Mutter wenig auf die Intention des Kindes gerichtet, seine Erwartungen werden nur begrenzt wahrgenommen. Die Mutter versagt ihm die Anerkennung seiner Intention- und Aufmerksamkeitszustände. Nach Schacht (2003, S.91) hat „*zwischenmenschliche Anerkennung ihre entwicklungspsychologischen Wurzeln in der Erfahrung gemeinsam geteilter psychischer Zustände.*“ Geben von Anerkennung wird als Hilfs-Ich-Kompetenz verstanden.

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Das Problem mit der Aufmerksamkeit

Barkley (vgl.2005, S.139) meint, dass Kinder in dieser Altersphase, die einerseits ein hohes Maß an Aktivität zeigen und die sich andererseits nur kurz auf Objekte oder Spielzeug konzentrieren können, ein erhöhtes ADHS-Risiko haben. Dinge in ihrem Blickfeld verfolgen sie nicht ausdauernd genug mit ihren Augen, weiters reagieren sie intensiv auf äußere Stimulation.

Gerade die Entwicklung und die Regulation der Aufmerksamkeit sind für ADHS-Kinder schwierig. Je intensiver und länger Kind und Mutter miteinander Phasen von geteilter Aufmerksamkeit und Intentionen im Spiel erleben können, umso förderlicher ist es für dessen Entwicklung. Andererseits ist es für das Kind schwierig, aufgrund seiner geringen Aufmerksamkeitsspanne längere Zeit mit der Mutter zu kommunizieren. Es ist ein begrenzter Raum an Kontaktfähigkeit vom Kind aus gegeben. Wichtig ist, dass sich die Bezugsperson bewusst Zeit nimmt für gemeinsame Spielphasen. Sie sollte versuchen, sich auf die Erregungslage des Kindes einzustellen, was sicher oft nicht leicht ist. Als „*role-giver*“ und „*role-receiver*“ können sich wechselseitig immer wieder Phasen der Abstoßung ergeben. Es kommt womöglich oft nicht zur Passung. Weder Kind noch Mutter können dafür als Verursacher gesehen werden. Mit dieser schwierigen Situation müssen sie lernen, miteinander umzugehen.

Zusammenfassung für die psychosomatische Rollenebene

1. Mein Ziel war es zu untersuchen, welche Schwierigkeiten sich in der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind ergeben können, bei dem später ADHS diagnostiziert wird. Ich komme zu folgenden zusammenfassenden Ergebnissen.

- Der Säugling ist mit frühen Handlungskompetenzen ausgestattet und tritt sowohl als „actor“ als auch als „interactor“ mit seiner Umwelt in Kontakt.
- Von Geburt an erfolgen Entwicklungs- und Lernprozesse über soziales Handeln in der Interaktion mit der Mutter (Bezugsperson) als „*Hilfs-Ich*“.
- Als „*role-giver*“ und „*role-receiver*“ handeln beide unterschiedliche Rollenerwartungen auf der Verhaltensebene aus, wobei es zur Annäherung und Vermeidung kom-

men kann. In der wechselseitigen Interaktion kann es zu FehlAbstimmungen („*interactive errors*“) kommen, die in einer guten Beziehung wieder korrigiert werden können.

- In meinen Ausführungen wird deutlich, dass sich die Disposition zur ADHS im Säuglingsalter in Form eines schwierigen Temperaments ausdrücken kann. Dieses bedingt vielfach eine Überforderung der Mutter (Eltern), vor allem, wenn sie selbst von einer ADHS betroffen ist. Es ist anzunehmen, dass es seltener zur wechselseitigen Abstimmung und Anerkennung kommt, sondern eher zu negativen Interaktionen. Probleme in der Passung zwischen Mutter und Kind treten auf.
- Für den Ausprägungsgrad der ADHS ist das Zusammenwirken zwischen der genetischen Disposition, der Art und Weise der Eltern-Kind-Interaktion und der Erziehung maßgeblich (biopsychosoziale Faktoren). Die genetische Disposition macht es für Eltern schwierig, positiv regulierende Interaktionen zu gestalten. Aufgrund von interaktionellen FehlAbstimmungen können wichtige Kompetenzen zur Handlungsregulation nicht optimal entwickelt werden. Damit kann auch die Hemmung von Impulsen nicht richtig erlernt werden.
- Gelingt es den Eltern nicht dieses Problem in den Griff zu bekommen, kommt es interaktionell zu sich selbstverstärkenden Prozessen, welche die Entwicklung der Regulation weiterhin stark beeinträchtigen. Es wird ein „Teufelskreis“ in Gang gesetzt. Die genetische Disposition kann also entweder alleine oder erst im Zusammenwirken mit ungünstigen Umwelteinflüssen zum klinischen ADHS-Erscheinungsbild führen.

2. Mein zweites Ziel war es herauszuarbeiten, welche Faktoren daran beteiligt sind, dass es für ein ADHS-Kind zu Schwierigkeiten beim Erlernen einer entsprechenden Handlungs- bzw. Selbstregulation kommt.

- Im Laufe seiner Entwicklung erlernt der Säugling gemeinsam mit der Mutter als „*Hilfs-Ich*“ wichtige Kompetenzen zur Handlungsregulation. Die Regulierung des Aktivierungsniveaus ist ein Vorgang, der von Geburt an mit der Regulation von physiologischen Prozessen (**physiologische Regulation**) beginnt und sich mit dem Erlernen weiterer Kompetenzen zur Regulation der Emotionen (**affektive Regula-**

tion) und der Aufmerksamkeit durch „shared minds“ (**intersubjektive Regulation**) in dieser Altersspanne fortsetzt.

- Zu den Hilfs-Ich-Kompetenzen der Mutter zählen spezifische, verborgene Regulationsmechanismen („*hidden regulators*“) bei der physiologischen Regulation, der Blickkontakt als wichtiges Medium der Interaktion, gelingende Abstimmung bei Annäherung bzw. Vermeidung von Kontaktwünschen des Kindes, Einfühlungsvermögen der Mutter bei der Aktivierungs- und Erregungsregulation, Geben von Anerkennung für die kindlichen Gefühls- und Aufmerksamkeitszustände. Emotionsentwicklung wird durch gelungene Affektspiegelung und Aufmerksamkeitsentwicklung durch gemeinsam geteilte Zustände („*shared minds*“) möglich.
- Aufgrund der genetischen Disposition kann der Säugling mit schwierigen Temperamentsmerkmalen ausgestattet sein. Für die psychosomatische Rollenebene sind hier physiologische Regulationsstörungen (Probleme mit dem Schlaf- und Wachrhythmus, Nahrungsaufnahme, Stoffwechsel, Verdauung), ein hohes psychophysisches Aktivierungsniveau (Frühhyperkinesie), negative Stimmungslage (Schreibabys, Ablehnung von Blick- und Körperkontakt) und Anpassungsschwierigkeiten zu nennen.
- Diese Ausgangslage macht es für die Eltern schwierig, entsprechende Hilfs-Ich-Kompetenzen zur Verfügung zu stellen und damit gelingende Interaktionen zu gestalten, wodurch die Entwicklung der Selbstregulation bzw. die Impulshemmung beeinträchtigt ist. Weiters können wichtige Kompetenzen zur Regulation des Aktivierungsniveaus, der Affekte und Aufmerksamkeit nicht entsprechend erlernt werden.

3.1.2 Psychodramatische Rollenebene: Kleinkindalter und Kindergartenalter

Zwei Merkmale lassen den Übergang von der psychosomatischen zur psychodramatischen Rollenebene erkennen.

1. Das Kind erkennt sich selbst im Spiegel, es erlangt Ich-Erkenntnis.
2. Zu den Realitätshandlungen (Das Kind erlebt alles „*in the act*“.) kommen die Fantasiehandlungen. Das Kind kann sich ab jetzt Dinge und Ereignisse auch innerlich vorstellen, auch wenn sie nicht direkt wahrnehmbar sind. Ab jetzt kann

es das Ergebnis einer Handlung vorwegnehmen, damit wird die Objektpermanenz gefestigt. Das heißt, es kann sich die Existenz von einem Objekt vorstellen, auch wenn dieses nicht an eine momentane Handlung gebunden ist. Mit dieser Erkenntnis geht auch die Symbolbildung einher (vgl. Schacht 2003, S.115-116).

Ein weiteres wichtiges Merkmal für den Erwerb von Handlungskompetenzen sehe ich darin, dass das Kind ab dem 2. Lebensjahr in der Lage ist Reaktionen zu hemmen.

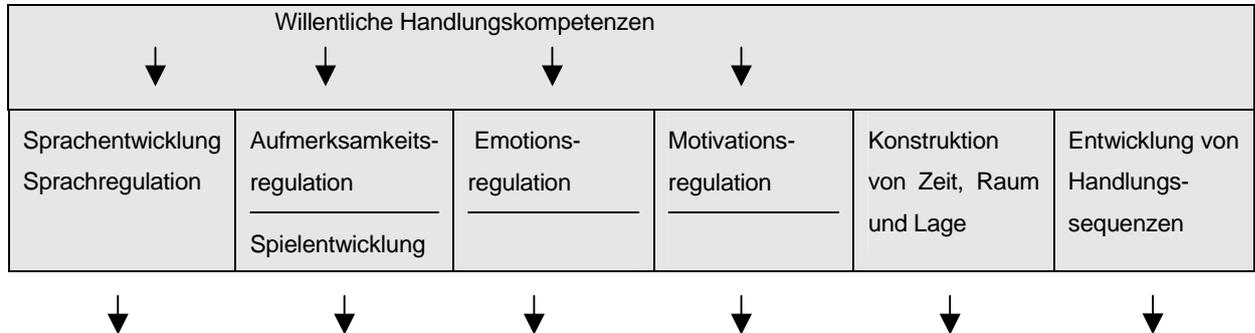
Mit den auf der psychosomatischen Rollenebene erworbenen Fähigkeiten gelingt es, einfache Impulse zu hemmen und kurze Handlungen zu planen. Es kann Emotionen, Aufmerksamkeits- und Aktivierungsniveau in einfacher Weise regulieren, um seine Handlungen der jeweiligen Situation angepasst zu steuern (vgl. Schacht 2003, S.105).

Aufgrund seiner neurologischen Reifung muss es nicht mehr auf einen Reiz unmittelbar reagieren (vgl. Schacht 2003, S.99).

Auf der psychodramatischen Rollenebene erfolgen wesentliche Entwicklungsschritte im Bereich der Sprache als kommunikatives Ausdrucksmittel der Gefühle und im Spiel. Dadurch erwirbt das Kind weitere Regulationskompetenzen zur Emotionsregulation sowie zur Aufmerksamkeits- und Motivationsregulation, zur sprachlichen Regulation und zum Raum- und Zeitverständnis. Die Beziehungen und Verhaltensweisen gegenüber Eltern und Gleichaltrigen werden ebenfalls Thema dieses Abschnittes sein.

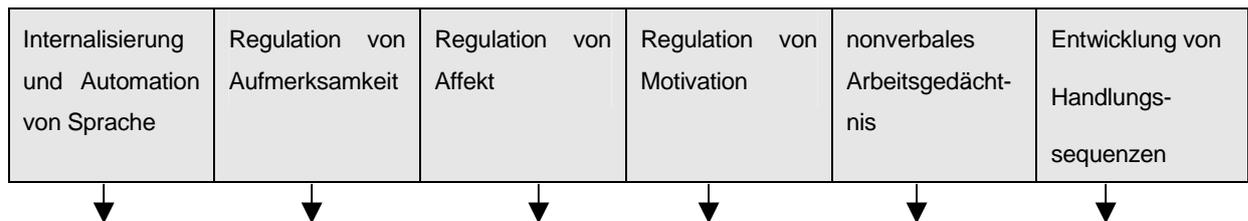
Ich komme auf den Ansatz von Barkley zurück, den ich, dieses Kapitel einleitend, beschrieben habe. Demnach sind infolge der mangelnden Hemmung von Impulsen (Störung der Selbstregulation) bestimmte exekutive Funktionen (vgl. 2.5.2.4) und damit einhergehende Fähigkeiten beim ADHS-Kind beeinträchtigt. Ich setze nun die eben genannten Entwicklungsschritte mit den beeinträchtigten Fähigkeiten in Beziehung.

Entwicklungsschritte und Regulationskompetenzen des Kindes



Mangelnde Hemmung von Impulsen – Störungen der Selbstregulation

Beeinträchtigung von exekutiven Funktionen



Mangelhaft entwickelte Fähigkeiten

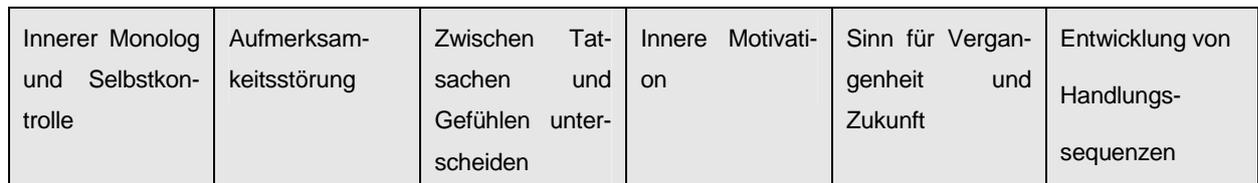


Tabelle 7: Eigenerstellung: **Mangelhaft entwickelte Regulationskompetenzen** (vgl. Schacht 2003; Döpfner 2000 nach Barkley 1997; Barkley 2005)

Die aufgezeigten Fähigkeiten müssen durch die mangelnde Hemmung von Impulsen nicht automatisch gestört sein, jedoch macht es die mangelnde Impulshemmung wesentlich schwerer, die Fähigkeiten zu entwickeln. Die Kombination der genetischen Disposition (Temperament, Hemmung von Impulsen) und der damit verbunden negativen Interaktionen in der Erziehung ergibt ein erhöhtes ADHS-Risiko.

Ich werde im Folgenden ausgehend von der normalen Entwicklung auf die schlecht entwickelten Fähigkeiten nach Barkley und auf weitere ADHS-Defizite eingehen.

3.1.2.1 Die Bedeutung der Sprachentwicklung und Sprachregulation

Ungefähr mit einem Jahr kommen die ersten Worte. Mit achtzehn Monaten sprechen Kinder bereits eine Reihe von einfachen, sozialen Wörtern, die an die Handlung gebunden sind und noch nicht als Symbol verwendet werden. Danach erfolgt die Sprachentwicklung und Wortschatzerweiterung schneller. Mit vier Jahren beherrschen sie die wichtigen Satzkonstruktionen ihrer Muttersprache (vgl. Schacht 2003, S.130).

Aus psychodramatischer Sicht bedeutet die Sprachentwicklung, dass mit jedem neuen Wort bzw. mit jedem neuen gemeinsamen benannten Symbol Erfahrungen geteilt werden können. Unter Sharing versteht man die *„Gemeinsamkeit zweier getrennter Personen, die zusammen konkrete Aktionen, Ereignisse, Gefühle und Absichten erleben und sich darüber verständigen.“* *„Sprache wird zum Medium geteilter Erfahrungen“* (Schacht 2004, S.120).

Durch den Spracherwerb können Eltern bewusste und **realitätsbezogene Rollenerwartungen** an ihr Kind richten. Praktische und soziale Ziele werden angestrebt. So verlangen Eltern zunehmend mehr Selbstständigkeit (alleine waschen, anziehen) von ihrem Kind. Es lernt sich sozial zu verhalten (vgl. Schacht 2003, S.130).

Auch für die **Fantasieentwicklung** des Kindes spielt Sprache eine besondere Rolle. Damit es im Spiel fähig wird, fantasievolle Quasi-Realitäten gestalten zu können, müssen die Eltern am Anfang ihre Hilfs-Ich-Kompetenzen zur Verfügung stellen (vgl. Schacht 2003, S.130,131).

Gerade in der psychotherapeutischen Kindergruppe erlebe ich, dass Kinder oft einen Nachholbedarf bei der Versprachlichung ihrer Rollen und ihrer Spiel- und Fantasieinhalte haben. Ich werde im Therapieteil auf diesen Punkt zurückkommen.

Auf der psychodramatischen Rollenebene ist die Sprache als bildhafte präsentative **Symbolik** sehr wichtig, weil die Innenwelt des Kindes weitgehend durch bildhafte Vorstellung bestimmt ist. Andererseits dient Sprache zur Kommunikation von Absichten, Wünschen und Gedanken. Realitätsorientiertes Handeln wird später immer mehr verbal (diskursiv) vermittelt, denn das Zusammenspiel der eigenen Handlungen mit den Anforderungen Erwachsener erfordert wachsende sprachliche Verständigung (vgl. Schacht 2003, S.131).

„Kinder erlernen **Skripts** und das Erzählen von **Geschichten (Narrationen)** im gemeinsamen sprachlichen Austausch“ mit den Bezugspersonen (Schacht 2003, S.133). Unter Skripts versteht man Handlungsabfolgen, die sich im Leben des Kindes stereotyp wiederholen (z.B. einzelne Abläufe beim Mittagessen, beim Einschlafritual). Es werden zeitliche und kausale Abläufe sowie das Wechselspiel der beteiligten Personen beschrieben. Durch Skripts lernt das Kind die zu erwartenden Ereignisse vorher zu sehen und das eigene Verhalten danach auszurichten bzw. zu steuern, was für die Entwicklung von kindlichen Handlungskompetenzen und der Handlungsregulation sehr wichtig ist. Im Unterschied dazu beinhalten Handlungsabfolgen von Geschichten individuellere, mitunter auch problematische Ereignisse. Durch das Erlernen sprachlicher Kompetenzen kann es seine Erlebnisse in Form von Geschichten konstruieren, um seine Realität zu erfassen. Das beginnt ca. mit vier Jahren, aber erst mit acht Jahren gelingt es vollständige Geschichten zu erzählen. Ein Ereignis (z.B. Besuch bei der Oma) wird vor, nach oder während der Handlung gemeinsam mit den Erwachsenen, die durch Fragen und Kommentare einen Rahmen vorgeben, sprachlich rekonstruiert.

Eltern unterhalten sich auch mit ihren Kindern über den gefühlsmäßigen Gehalt eines Ereignisses. Mit ihren Hilfs-Ich-Kompetenzen geben sie ihm Anleitungen, damit es Gefühle verstehen lernt. Das kann in realen oder spielerischen Situationen erfolgen. „Die Oma freut sich, wenn wir sie besuchen.“ „Die Puppe ist traurig, weil die Mama weggeht, aber die Mama kommt ja bald wieder.“ Auf diese Weise lernt das Kind emotionale Skripts oder Geschichten. **Affekte** (wie: traurig, glücklich...) werden benannt und mit 18 Monaten auch verstanden. Die Aufmerksamkeit des Kindes wird durch das Reden auf sein Empfinden gelenkt (vgl. Schacht 2003, S.131-134).

Im Laufe der psychodramatischen Ebene entwickelt sich die Fähigkeit zur **sprachlichen Regulation** bzw. die Fähigkeit zum **inneren Monolog**. Kinder lernen sprachliche Instruktionen zur Handlungssteuerung einzusetzen, aber erst mit 5 bis 6 Jahren gelingt die tatsächlich gezielte Handlungsregulation. Mit Hilfe der Sprache kann sich das Kind selbst Instruktionen für sein eigenes Handeln geben. Das Kind sagt sich vor, was es tun und erreichen will. Es kann aber auch durch beruhigende Selbstinstruktion die eigene Erregung (z.B. Angst) mindern (vgl. Schacht 2003, S.240).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Der innere Monolog und die Selbstkontrolle

Eine der schwach entwickelten Fähigkeiten nach Barkley (vgl.2005, S.94-96) ist die verminderte Fähigkeit zum inneren Monolog. Im Kleinkindalter spricht das Kind noch mit anderen. Im Vorschulalter spricht es beim Spielen mit sich selbst. Im Volksschulalter bewegen Kinder nur mehr die Lippen beim Selbstgespräch, damit andere sie nicht hören können. Schließlich sprechen Kinder nur noch innerlich mit sich selbst. Dieses verinnerlichte oder internalisierte Sprechen ermöglicht dem Kind, das eigene Verhalten zu lenken und zu kontrollieren. Dadurch wird regelgeleitetes Verhalten möglich. ADHS-Kinder haben eine mangelnde Fähigkeit zum inneren Monolog und damit zum regelgeleiteten Verhalten. Es fällt ihnen schwer, ihr Handeln unter die Kontrolle von Regeln, Plänen, Anweisungen und Zielen zu bringen. Die weniger verinnerlichte Sprache hat vermutlich zur Folge, dass ADHS-Kinder mit anderen so viel reden.

ADHS-Kinder sprechen in der Regel nicht nur viel mit anderen, sondern haben im wahrsten Sinne des Wortes auch „körperlich viel zu sagen“, was sie durch ihren großen Bewegungsdrang ausdrücken.

Durch das schwierige Temperament und die mangelnde Impulshemmung des Kindes und die Überforderung der Bezugspersonen entstehen emotional angespannte Situationen, die es schwierig machen, ruhig über Emotionen zu sprechen und emotionale Skripts oder Geschichten zu entwickeln.

Entwicklungsrückstände im Bereich der „*Sprache und der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit*“ sind zusätzlich komplizierende ADHS-Risikofaktoren (Döpfner et al. 2000, S.18, nach Barkley 1990).

3.1.2.2 Die Entwicklung willentlicher Handlungsregulation

Wie bereits erwähnt, entwickelt das Kind in dieser Altersphase ansatzweise Kompetenzen, „*das eigene Handeln und damit sich selbst zu regulieren.*“ (Schacht 2003, S.139). Die Entwicklung des Willens ist für diese Handlungskompetenzen wichtig. Das Kind ist weiterhin auf die Hilfs-Ich-Kompetenzen der Eltern angewiesen. Grenzen der

Handlungsregulation ergeben sich jedoch, wenn starke kindliche Bedürfnisse die Situation bestimmen.

Normalerweise gelingt es dem Kind, Ziele aufgrund „*innerer Vorstellungen über Zeit und Raum hinweg im Blick*“ zu behalten (Schacht 2003, S.299). Unmittelbare Bedürfnisbefriedigung kann etwas zurückgehalten werden. Differenzierter und wirkungsvoller kommen die Kompetenzen der inneren Handlungsregulation allerdings erst auf der soziodramatischen Ebene zum Ausdruck, weil die willentliche Selbstregulation durch kognitive Fähigkeiten und verbale Selbstinstruktionen erweitert wird.

Aus diesem Grund werde ich in den folgenden Ausführungen an den entsprechenden Stellen auf die nächste Entwicklungsstufe (3.1.3: Soziodramatische Rollenebene) vorgehen, weil dadurch das Zusammenwirken der Rollenebenen und somit der Zusammenhang klarer zum Ausdruck kommt.

Bezug nehmend auf Julius Kuhl führt Schacht (vgl.2003, S.139) aus, dass im Normalfall die willentliche Handlungs- und Selbstregulation als komplexe Kompetenz zu betrachten ist, die sich aus mehreren Regulationsmechanismen zusammensetzt. Dazu zählen die

- Aufmerksamkeitsregulation
- Aktivierungs- und Emotionsregulation
- Motivationsregulation
- Sprachregulation (wurde bereits besprochen)

3.1.2.2.1 Regulation der Aufmerksamkeit

Wie bereits besprochen, geht auf der psychosomatischen Rollenebene die Aufmerksamkeitsentwicklung mit dem Erleben gemeinsam geteilter Zustände („*shared minds*“) einher. Auf der psychodramatischen Ebene entwickelt sie sich im gemeinsamen Spiel und im gemeinsamen sprachlichen Austausch weiter.

Aufmerksamkeit bedeutet, einer zielbezogenen Handlung ausdauernd und präzise nachzugehen. Bestimmte Reize werden handlungssteuernd verfolgt und andere Reize außer Acht gelassen (vgl. Lauth, Schlottke 2002, S.107).

Für die Aufmerksamkeitsregulation ist das Alter bis zum 5. Lebensjahr maßgeblich. Für die Durchführung einer Handlung ist es wesentlich, dass es dem Kind gelingt, sich bei Störungen und Ablenkungen wieder auf die Sache zu konzentrieren. Bei der Entwicklung der Aufmerksamkeitsregulation ist das Kind auf die Hilfs-Ich-Kompetenzen seiner Eltern angewiesen. *„Dadurch, dass sich Bezugsperson und Kind begleitet von Kommentaren, Fragen und dergleichen gemeinsam auf Dinge oder Tätigkeiten konzentrieren, lernt das Kind, die eigene Aufmerksamkeit längere Zeit auf ein Ziel zu richten“* (Schacht 2003, S.145,146).

Da das Spiel für die Aufmerksamkeitsregulation eine große Rolle spielt, möchte ich auf die Spielentwicklung an dieser Stelle eingehen.

Die kindliche Spielentwicklung

Bezug nehmend auf Rolf Oerter meint Schacht (vgl.2003, S.117-121), dass das Kind im Spiel einerseits Kompetenzen zur Handlungsregulation zeigt, andererseits aber auch auf die Hilfs-Ich-Kompetenzen der Erwachsenen angewiesen ist.

Die Spiele auf der psychodramatischen Rollenebene dienen der Fantasieentwicklung.

Das **Konstruktionsspiel** wird von drei- bis vierjährigen Kindern gespielt. Sie konstruieren eigene Werke (Turm, Legohaus) und lassen eigene Ideen einfließen. Die Konstruktionsspiele entwickeln sich aus den Funktionsspielen. Im Funktionsspiel gilt die Aufmerksamkeit dem aktuellen Handeln, aber noch nicht dem Ergebnis. Bereits mit 20 Monaten gilt die Aufmerksamkeit dem Ergebnis. Das Kind freut sich über das erreichte Ziel. Mit 3 Jahren kann es sich den Handlungsablauf vorstellen. Das erfordert zielgerichtete, realitätsorientierte Handlungsregulation.

Symbolspiele lassen sich mit 18 Monaten beobachten. Darin bringen Kinder ihre Fantasie zum Ausdruck. Anfänglich werden Alltagshandlungen (kochen, essen) imitiert. Als Hilfsmittel werden reale Gegenstände (Teller, Löffel) verwendet, um die Fantasieszene durchspielen zu können. Das Symbolspiel entwickelt sich nicht spontan, sondern es bedarf der Hilfs-Ich-Kompetenzen der Erwachsenen. Wird die Puppe z.B. gefüttert, macht die Mutter Schmatzgeräusche und sagt: „Mmm, das schmeckt der Puppe gut.“ Damit drückt sie spielerisch das Empfinden der Puppe oder eine Handlungsabsicht aus. „Ist sie noch hungrig, dann bekommt sie noch etwas zu essen.“ Die Hand-

lung wird kommentiert, das Spiel konstruiert und dabei lernt das Kind eine spielerische Quasi-Realität aufrecht zu erhalten. Die Spielinitiative kommt im günstigen Fall vom Kind, wobei die Bezugsperson Struktur und Rahmen gebend hilft. Etwa mit 4 bis 5 Jahren brauchen die Kinder immer weniger äußere, realitätsgetreue Hilfen. Ein Gegenstand kann auch eine andere Funktion einnehmen. (Ein Stock wird als Pferd verwendet). Die Spielidee steht nun im Vordergrund. Die Spielabläufe werden immer komplexer und bekommen die Grundstruktur einer Geschichte. Das Symbolspiel hat auch eine soziale Funktion. Das jüngere Kind spielt mit der Puppe, das ältere Kind spielt imaginäre Rollen (Polizist) oder die Rolle einer wirklichen Person nach. So lernt es das Verhalten oder Innenleben anderer Personen kennen. An der Handlung und an der Qualität, wie das Kind mit der Puppe umgeht, lässt sich die Spielentwicklung erkennen.

Rollenspiele: Mit 3 Jahren beginnen Kinder mit einfachen Rollenspielen, mit 4 bis 5 Jahren werden diese komplexer. Für das gemeinsame Rollenspiel sind bestimmte Kompetenzen notwendig. Die Kinder müssen sich miteinander auf ein gemeinsames Spielthema einigen und dieses eine Zeitlang im Spiel aufrechterhalten. Weiters muss die eigene Rolle und das Handeln in dieser Rolle in der Spielsituation auf das Rollenhandeln der anderen abgestimmt werden. Demnach müssen die Rollen innerlich repräsentiert sein. Der Wechsel von der Realität in das „So tun als ob“ -Spiel und wieder zurück muss vollzogen werden. Mit 5 Jahren können Kinder ihre Interaktionen im Rollenspiel aufeinander abstimmen.

Auf Rollenspiele gehe ich im Therapieteil noch ein, es sei aber erwähnt, dass ADHS-Kinder mit den eben beschriebenen Fertigkeiten oft Probleme haben.

„Spiel ist ein wichtiger Weg, auf dem das Kind soziales Verständnis und soziale Kompetenzen erwirbt. Im Symbol- und Rollenspiel integriert das Kind komplette Interaktionsmuster in das eigene Rollenrepertoire“ (Schacht 2003, S.120).

Gemeint sind z.B. die schrittweise Abfolge des Fütterns oder das Ritual des Schlafengehens (vgl. Schacht 2003, S.117-121).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Spielverhalten und Aufmerksamkeit

Das Einüben und verbale Begleiten von Alltagsritualen im Symbol- und Rollenspiel ist für ADHS-Kinder wichtig, weil sie mit der Struktur von Alltagshandlungen aufgrund ihrer Ablenkbarkeit Probleme haben. Eine Mutter berichtet über meine Klientin E.: „Sie steht in der Früh im Badezimmer und weiß nicht, was sie tun soll. Ich muss ihr Schritt für Schritt ihre Handlungen vorsagen. Zähne putzen, Gesicht waschen... Wenn ich das nicht mache, kommt sie nie aus dem Badezimmer heraus und versäumt den Schulbus.“

Imhof et al. (vgl.2000, S.64) schreibt, dass das Spielverhalten von später diagnostizierten ADHS-Kindern sich nicht ausdauernd, sinnvoll oder konstruktiv entwickelt. Sie zerlegen oft Spielsachen oder schütten im Vorbeigehen die Spielzeugschachtel aus, ohne sich mit dem Inhalt sinnvoll auseinanderzusetzen. Die Spiele wirken destruktiv und chaotisch. Die Spielintensität ist gering.

„Als Klein- und Kindergartenkind springt es von einer Beschäftigung zu der nächsten und scheint dann nicht mehr zu wissen, wie es weiter geht“ (Wender 2002, S.19). Die erhöhte Ablenkbarkeit muss aber nicht durchgängig vorhanden sein, sondern das Kind kann sich ganz gut konzentrieren, wenn es die ungeteilte Aufmerksamkeit einer Person hat (vgl. Wender 2002, S.20).

Solche Situationen sind tatsächlich im Einzelsetting zu erleben. Beim ungeteilten Spiel kommt es kaum zu Interaktionsproblemen. In der Gruppe kann das Verhalten des Kindes dann ganz anders sein, so als hätte man es nicht mit demselben Kind zu tun.

Die Bedingungen, die das Kind für seine Spiel- und Aufmerksamkeitsentwicklung braucht, sind aufgrund der mangelnden Impulshemmung, des Temperaments sowie des erhöhten Aktivitätsdranges und der hohen Anforderungen an die Eltern erschwert. Wenn die Mutter selbst ADHS hat oder überfordert ist, können gemeinsam geteilte Aufmerksamkeitszustände zu kurz kommen. Es besteht die Gefahr, dass sich weder Spielfähigkeit noch Aufmerksamkeitsregulation gut entwickeln können.

Meiner Meinung nach sind ADHS-Kinder selbst bei Konstruktionsspielen auf die Unterstützung der Eltern angewiesen, um Handlungsabläufe vom Anfang bis zum Ende durchzuführen. Sie haben Probleme, sich längere Zeit mit der entsprechenden Aus-

dauer und Aufmerksamkeit auf den Spielinhalt zu konzentrieren. Die Eltern müssen sich auf die begrenzte Aufnahmefähigkeit einstellen. Gemeinsam geteilte Zustände im Spiel sind unter Umständen nur kurz möglich. Umso wichtiger ist es für die Entwicklung der Spielfähigkeit und die Regulation der Aufmerksamkeit, dass sich Eltern unter Berücksichtigung der kindlichen Aufnahmespanne in Ruhe Zeit zum gemeinsamen Spiel nehmen. Nur so kann es richtig spielen lernen. Wie bereits erwähnt, konstruieren Mutter und Kind im gemeinsamen Symbolspiel Alltagsszenen. Anfänglich braucht das Kind noch anschauliche Utensilien zum Spielen. Später funktioniert das Spiel ohne konkretes Spielmaterial, weil das Kind sich bereits auf wahrnehmungsunabhängige innere Vorstellungen verlassen kann. Über das gemeinsame Sprechen in der Spielsituation erlernt das Kind Gefühle auszudrücken und Geschichten zu konstruieren. Je länger und kompetenter die Mutter als „Hilfs-Ich“ fungiert, desto besser lernt das ADHS-Kind zu spielen und seine Aufmerksamkeit zu entwickeln.

3.1.2.2.2 Regulation der Emotionen

Die Fähigkeit zur Aktivierungs- und Emotionsregulation verbessert sich auf der psychodramatischen Ebene durch die Möglichkeit die Emotionen zu benennen und ihnen durch emotionale Skripts und Geschichten Bedeutung zu geben. Durch das Sprechen über Emotionen und aufgrund der Tatsache, dass Gefühle in der Vorstellung des Kindes aktiviert werden können, ohne dass sie im Moment tatsächlich erlebt werden, lernt das Kind seine Emotionen zu regulieren. *„Das Kind ist in der Lage, emotionale Situationen in der Vorstellung zu durchleben. Die Bedeutung des fantasievollen Spiels besteht vielfach gerade darin, dass geübt werden kann, Emotionen zu regulieren“* (Schacht 2003, S.140). Dieser Aspekt ist für die Therapie wesentlich, auf den ich im nächsten Kapitel zu sprechen komme.

Nach Schacht (vgl.2003, S.134,135) geht aus Untersuchungen hervor, dass sich Gespräche über Gefühle nachhaltig auswirken, da der emotionale Wortschatz der Kinder umfangreicher wird und sie eine größere Kompetenz bei der kognitiven Perspektivenübernahme aufweisen. Weil Emotionen in dieser Lebensphase schon durch die innere Vorstellung ausgelöst werden, können sie als Handlungsmotive wirksam sein. Ereignisse, die in der Erwartung mit starken positiven Gefühlen verbunden sind, werden zu Zielen, die das Kind zu erreichen versucht. *“Dadurch, dass Ereignisse bereits in der*

Erwartung mit Emotionen gekoppelt werden, wird es möglich, das eigene Handeln entsprechend zu regulieren“ (Schacht 2003, S.135).

Zwischen Emotion und Motivation besteht demnach eine enge Verbindung.

Mit 6 Jahren glauben Kinder, dass zwischen Erfahrung bzw. Ereignis und Gefühl ein direkter Zusammenhang besteht. (Wenn dem Kind ein Hund nachläuft, hat es Angst.). Die Erkenntnis, dass jede Person ein äußerliches Ereignis und das dazu erlebte Gefühl individuell interpretiert, entwickelt sich erst im Verlauf des Volksschulalters. Durch Hinzukommen kognitiver und sprachlicher Kompetenzen verbessert sich die Emotionsregulation auf der soziodramatischen Ebene erheblich. Ab Niveau 1 wird es möglich, dass das Kind Emotionen als subjektive Konstruktion begreift. Allmählich lernt es zwischen Tatsachen und Gefühlen zu unterscheiden (vgl. Schacht 2003, S.243,244).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Zwischen Tatsachen und Gefühlen unterscheiden

Die Fähigkeit auf Impulse nicht sofort zu reagieren, gibt dem Gehirn Zeit, eingehende Informationen dahingehend zu überprüfen, ob die Ereignisse persönliche emotionale Bedeutung haben oder ob das Geschehen selbst von Bedeutung ist. Auf diese Weise kann sich eine Person zunächst objektiv mit der Situation auseinandersetzen, ohne sich gleich von ihren Gefühlen leiten zu lassen. Das hilft ihr nach einer gewissen Zeit unter Berücksichtigung der Gefühle richtige Entscheidungen zu treffen. ADHS-Kinder reagieren oft impulsiv und emotional. Sie scheinen keine Zeit zu haben, zwischen ihren Gefühlen und den Tatsachen zu unterscheiden. Die schnelle, gefühlsmäßige Reaktion lässt ADHS-Kinder emotional unreif erscheinen. Sie stößt andere ab und bringt Feindseligkeit, Bestrafung und Ablehnung mit sich (vgl. Barkley 2005, S.97-100).

Die Hemmung von Impulsen spielt bei der Emotionsregulation eine zentrale Rolle. Ohne Impulshemmung gibt es nur den affektiven Impuls, aber keinerlei Regulation.

Fallbeispiel B: So kam es bei einem sechsjährigen Buben zu einer eskalierenden Situation auf seiner Geburtstagsparty, weil er nicht exakt das Geschenk bekam, das er sich vorstellte. Es war ihm nicht möglich seine Emotionen zu regulieren. Seinem affektiven Impuls nachgebend, rannte er aus dem Wohnzimmer, das voller Gäste war, in

sein Zimmer. Seine Mutter folgte ihm. Im Zimmer schrie er und war kaum zu beruhigen. Die Mutter hätte ihn nicht lieb. Er werde fortlaufen, dann würde sie schauen, wenn sie ihn nicht mehr hat. Er hasse sie. Die Mutter war fassungslos über seinen Zustand. Derart eskalierende Situationen machen sowohl Mutter als auch Kind hilflos. Der einzige Sohn war ein ersehntes Wunschkind, mit dem sie es „schön haben will.“ Aus diesem Grund geht sie sehr auf seine Bedürfnisse ein und scheint keinen konsequenten Erziehungsstil zu haben.

3.1.2.2.3 Regulation der Motivation

Für eine gelingende Motivationsregulation sind die Fähigkeiten zur Emotions- und Aufmerksamkeitsregulation wesentlich.

Auf der psychodramatischen Rollenebene kann sich ein Kind in der Fantasie einen gewünschten Zustand innerlich vorstellen. *„Für die Regulation der Motivation ist die Fähigkeit zu Wünschen insofern von Bedeutung, als die mit dem Wunsch verknüpften Fantasien unabhängig von der äußeren Situation jederzeit aktiviert werden können“* (Schacht 2003, S.142,143). Wenn die Handlungsbereitschaft nun nachlässt, kann man sich den gewünschten Zustand vor Augen führen, um sich neuerlich zu motivieren. Ein Kind im Alter von 2 bis 3 Jahren, das einen Wunsch oder ein Bedürfnis hat (Es will z.B. eine Schokolade haben.), wird von diesem nicht so leicht abzubringen sein, weil es sich den Wunsch innerlich vorstellen kann.

In diesem Zusammenhang ist auch von Interesse, wie die **Handlungsmotive** auf den drei Rollenebenen beschaffen sind.

Auf der psychosomatischen Ebene können Neugier, Interesse, Funktionslust, Freude am Effekt, Erfahrung von Urheberschaft und Selbstwirksamkeit als grundlegende intrinsische Handlungsmotive bezeichnet werden (vgl. Schacht 2003, S.105,106). Weitere Handlungsmotive sind Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf, Kontakt, Ruhe oder Anregung. Sie werden „in the act“ erlebt, aber nicht bewusst wahrgenommen (vgl. Schacht 2003, S.289,290).

Auf der psychodramatischen Ebene werden eigene Handlungsmotive bzw. Bedürfnisse mit Hilfe bildhafter Vorstellung und Sprache bewusst wahrgenommen. *„Dadurch wird aus einem direkt zur Aktion drängenden Impuls ein bewusst wahrgenommenes*

Bedürfnis“ (Schacht 2003, S.287). Wünsche sind Handlungsmotive, die in die Zukunft wirken. Sie sind typisch für die psychodramatische Ebene.

Auf den beiden frühen Ebenen stehen eigene Handlungsmotive (Impulse, Wünsche) den Rollenerwartungen der anderen gegenüber. Auf der soziodramatischen Rollenebene gilt es eigene und fremde Handlungsmotive zu integrieren. Auf Niveau 2 ist wichtig, wie andere über die eigene Person denken. Eigene Wünsche und die der anderen sollen in Übereinstimmung gebracht werden (vgl. Schacht 2003, S.292).

Sowohl für Kinder ohne ADHS als auch für Kinder mit ADHS zählt auf Niveau 1 das Durchsetzen eigener Bedürfnisse und Motive. Aufgrund ihrer Impulsivität ist bei ADHS-Kindern nach meiner Meinung das Bedürfnis eigene Motive durchzubringen stärker ausgeprägt und es ist anzunehmen, dass es auch längerfristig so bleibt, da sich die Kompetenz der Perspektivenübernahme vermutlich langsamer entwickeln wird. Mit ihrer impulsiven Art fordern sie die sofortige Bedürfnisbefriedigung ihrer Wünsche. Bekommen sie diese nicht erfüllt, werden sie quengelig und es kommt zu Problemen.

Fallbeispiel B: Nach einer Therapiestunde sagt der oben erwähnte Bub zu seiner Mutter, er will jetzt ein Eis haben. Die Mutter sagt ihm, sie würden nach Hause fahren und dort essen, weil die Oma gekocht hat. Er beginnt zu raunzen. „Nein, ich will ein Eis, usw.“ Sie wird immer unsicherer. Sie hat einen permissiven Erziehungsstil. Sie geht meistens auf seine Forderungen ein und er bekommt seine „Belohnungen“. Jedoch die Situation eskaliert, wenn es für sie nicht mehr aushaltbar ist. Die aufgeregte Mutter verlässt mit dem quengelndem Sohn meine Praxis.

ADHS-Kinder scheinen Defizite im Wahrnehmen der eigenen Handlungsmotive zu haben. Der Fähigkeit, die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle bewusst wahrzunehmen und auszudrücken, geht der Prozess der Versprachlichung (vgl. S.41) voraus. Dieser Prozess vollzieht sich normalerweise in der Interaktion zwischen Kind und Eltern von Anfang an, indem über gemeinsames Handeln und dazugehörige Gefühle gesprochen wird. Bei temperamentsschwierigen Kindern kann dieser Prozess zu kurz kommen. Wenn die Interaktion zwischen den Extremen der Annäherung und Vermeidung pendelt, wird es schwer sein, darüber zu sprechen und bedeutungsvolle Skripts und Geschichten zu konstruieren. Diese sind aber wichtig, damit sich das Kind über seine eigenen Handlungsmotive im Klaren ist und damit zielgerichtetes, kompetentes

und nicht ein affektgesteuertes, impulsives Handeln in bestimmten Situationen möglich wird (vgl. Schacht, 2003 S.179,180).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Die innere Motivation

Nach Barkley bringt die Entwicklung der emotionalen Selbstkontrolle mit sich, dass wir einerseits unsere Gefühle verinnerlichen können und unsere Gefühlsreaktionen gegebenenfalls vor anderen Menschen verbergen können, bis wir uns beruhigen (z.B. Dieses Geschenk gefällt mir nicht!). So haben wir die Fähigkeit unsere emotionalen Reaktionen in veränderter, abgeschwächter Form herzuzeigen.

Andererseits ist die Verinnerlichung der Gefühle nach Barkley auch deshalb wichtig, weil wir erspüren können, ob Gefühle für uns positiv, negativ oder neutral sind. Je nachdem können wir mit unserem Handeln fortfahren oder es abändern. Demnach motivieren sie uns zu einem bestimmten Verhalten. *„Damit entwickeln Kinder, die ihre Gefühle verinnerlichen, automatisch auch die Fähigkeit, ihre Motivation zu verinnerlichen“* (Barkley 2005, S.100). Mit verinnerlichter Motivation scheint Barkley die Fähigkeit zu meinen, sich ein Motiv und die damit verbundenen Gefühle innerlich vorzustellen, bei dieser Vorstellung zu bleiben, sodass es unser Handeln leitet. Die innere Vorstellung ist damit eine Kompetenz zur Motivationsregulation.

Die eigene innere Motivation ermöglicht es, dass wir nicht mehr auf Zuspruch und Belohnungen von außen angewiesen sind. Kinder lernen, Pläne einzuhalten, Ziele zu verfolgen, sich zukunftsorientiert zu verhalten und Ablenkungen zu widerstehen. Demzufolge wird verständlich, warum ADHS-Kinder Probleme bei Aufgaben haben, die ein gewisses Maß an Ausdauer verlangen. Es gelingt ihnen nicht, sich selbst zu motivieren. Sie sind auf Hilfe von außen angewiesen (vgl. Barkley 2005, S.100,101).

3.1.2.2.4 Die Konstruktion von Raum, Zeit und Lage

In diesem Punkt soll dargestellt werden, wie ein Mensch Ereignisse aus der Vergangenheit verarbeitet, daraus lernt und aufgrund seiner gemachten Erfahrungen in der Zukunft entsprechend zielorientiert handeln kann. Um eine Situation bzw. Lage (Beide

Begriffe werden von Schacht synonym verwendet.) und die damit verbundenen Ereignisse in ihrer Gesamtheit zu verstehen, müssen wir nicht nur den Zeitfaktor betrachten. Für die Konstruktion einer bestimmten Situation sind komplexe Facetten der Situation zu berücksichtigen, in der soziales Handeln stattfindet. Durch Geschichten und Skripts, die das Kind mit seinen Eltern konstruiert, erlernt es die Ereignisse einer Situation zu verstehen. Es lernt unter Berücksichtigung der Vergangenheit zukünftige Ereignisse vorherzusehen und sein Handeln danach auszurichten. So erwirbt es Kompetenzen zur Handlungsregulation. Erst das macht komplexes differenziertes Handeln möglich.

Die Konstruktion einer Lage ist demnach von verschiedenen Faktoren abhängig. **Objektive Faktoren** (Kinder mit 6/7 Jahren müssen zur Schule gehen.) und **subjektive Faktoren** (Das Kind verhält sich in der Schule provozierend, brav, unaufmerksam.) spielen eine Rolle (vgl. Schacht 2003, S.11). Raum und Zeit bekommen durch die Erlebnisse, die damit verbunden sind, subjektive und emotionale Bedeutung.

Raum: Ist die Schule für den Schüler ein geliebter Ort, so wird er sich gerne in dieser Situation befinden. **Zeit:** Hat er in der Schule angenehme Erlebnisse, so wird die Zeit schnell vergehen. ADHS-Kinder, die nicht gerne lernen, werden vermutlich weder die Schule als Ort noch die Zeitdauer, die sie in der Schule verbringen, mögen.

Auch die **Konstruktion der beteiligten Personen** (Beziehung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen) ist in der jeweiligen Situation subjektiv bestimmt (vgl. Schacht 2003, S.286). Weiters wird die **Perspektivenübernahme** in die Konstruktion der Lage einbezogen. Für ein Kind, das nach Niveau 1 handelt, ist bei der Konstruktion der Situation hauptsächlich das eigene Bedürfnis maßgebend. Die Perspektive des anderen sowie die Konsequenzen, die sich aus dem Handeln in der Zukunft ergeben bzw. Ereignisse aus der Vergangenheit, sind nur soweit wesentlich, als sie für die Perspektive der eigenen kindlichen Interessen bedeutend sind (vgl. Schacht 2003, S.243).

Ein Kind, das impulsiv immer wieder in das Spiel anderer hineinplatzt und das Spiel bestimmen möchte, wird möglicherweise abgelehnt und künftig keine Freunde mehr haben.

Auf der psychodramatischen Rollenebene ist es jedoch noch nicht möglich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in die Situation einzubeziehen. Dieses Verständnis entwickelt sich erst auf der soziodramatischen Ebene mit ca. 8 Jahren. Die Konstruktion der Lage wird durch Handlungskompetenzen der drei Rollenebenen reguliert. Das

Zusammenwirken der Regulationsmechanismen aller drei Ebenen ist dabei wichtig (vgl. Schacht 2003, S.11).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Der Sinn für Vergangenheit und Zukunft

Nach Barkley (vgl.2005, S.90-94) verarbeitet der Mensch normalerweise Ereignisse aus der Vergangenheit und lernt daraus. So können wir frühere Erfahrungen aus unserer persönlichen Geschichte zur Grundlage für unser aktuelles Handeln machen. Die gedankliche Verarbeitung der Erfahrungen hilft uns, Kommendes besser einzuschätzen und in der Zukunft entsprechend zu reagieren. ADHS-Personen dürften einen eingeschränkten Sinn für die Vergangenheit und Zukunft haben. Die Betroffenen reagieren (als Folge der neurologisch bedingten Unfähigkeit ihr Verhalten zu hemmen) einfach zu schnell, weshalb sie Vergangenes nicht berücksichtigen und auch nicht bedenken, welche Konsequenzen sich aus der aktuellen Situation ergeben.

Fallbeispiel C: Eltern sind nun damit konfrontiert, dass ihr Kind wiederholt aus bestimmten vergangenen Situationen nichts zu lernen scheint. Immer wieder wird über das schwierige und nervenaufreibende Thema Hausübung berichtet. C. ist unkonzentriert und **unaufmerksam**. Selbst mit der Aussicht nach der Hausübung spielen zu können, gelingt es nicht, ihn zum Arbeiten zu **motivieren**. Er lässt sich leicht ablenken, trödelt, reagiert auf alle Außenreize und diskutiert endlos mit seiner Mutter, die schon äußerst genervt dabei sitzt, wieso er denn jetzt diese Sätze schreiben muss und nicht **sofort spielen** darf. Es verstreicht viel Zeit, die Aussicht aufs Spielen rückt immer weiter weg. Fast jeden Nachmittag die gleiche **emotionell** belastende Konstruktion der Lage, wobei **Vergangenheit** und **Zukunft** anscheinend **nicht in die Situation** integriert werden. Mutter und Kind sind verzweifelt. So kommt es im Alltag des ADHS-Kindes aufgrund seiner **Disposition** immer wieder zu eskalierenden Situationen mit **interaktionellen „Teufelskreisen“**.

Dieses Beispiel zeigt sehr deutlich das Zusammenwirken und das Nichtfunktionieren der beschriebenen Regulationskompetenzen (Regulation von Emotionen, Motivation, Aufmerksamkeit, Sprache, Zeit- und Situationsverständnis, Belohnungsaufschub).

ADHS-Kinder sind schlechter auf die Zukunft vorbereitet, gehen sorglos und unbeschwert in die Zukunft und somit eventuell größere Risiken ein. Da sie keinen Sinn für die Zukunft haben, fällt es Menschen mit ADHS auch schwer auf Belohnungen zu warten. Sie wählen in ihrem Leben keinen Weg, bei dem sie ein Opfer bringen müssten, das sich erst später, aber dafür umso mehr auszahlen würde (z.B. Ausbildung) (vgl. Barkley 2005, S.93).

Das Zeiterleben spielt auch für den **Belohnungsaufschub** eine Rolle (vgl. Schacht 2003, S.152). Wenn man die Zeitspanne von 10 Minuten kennt, fällt es leichter sich zu gedulden. Untersuchungsergebnissen von Mischel und Mitarbeitern (1987) zufolge, schreibt Schacht (vgl.2003, S.144), dass viereinhalbjährige Kinder nur kurz auf sofortige Bedürfnisbefriedigung verzichten könnten. Sie hatten die Wahl, eine kleinere Belohnung sofort zu bekommen, oder zu warten und dafür eine größere Belohnung zu erhalten. Obwohl ihnen bewusst war: *„kluge Kinder würden auf die größere Belohnung warten, dumme Kinder dagegen sofort zugreifen und die kleinere Belohnung wählen“*, (S.144) konnte die Mehrheit nicht warten und griff sofort zu. Sie kannten auch keine entsprechenden Strategien, den Bedürfnisaufschub zu steuern. Erst im Schulalter, entwickeln sich Handlungskompetenzen, um den Belohnungsaufschub steuern zu können. Eine Ablenkungsstrategie wäre z.B. ein Lied zu singen.

Im Falle eines Konfliktes reagiert das Kind auf Niveau 1 folgendermaßen: *„Ich will..., was kümmert mich mein Gegenüber“* (Schacht 2003, S.241, zitiert nach Selman). Es will sofortige Bedürfnisbefriedigung. In den höheren Niveaus wird die Perspektive des Gegenübers berücksichtigt, weshalb die Bedürfnisbefriedigung warten muss.

Eine Langzeitstudie von Mischel und Mitarbeitern zeigte, dass Jugendliche, die schon als Kind länger auf eine Belohnung warten konnten, größere soziale Kompetenzen aufwiesen als die Vergleichsgruppe. Sie waren durchsetzungsfähiger, selbstbewusster und frustrationstoleranter, belastungsfähiger und handlungsfähiger. Sie waren bereit sich Problemsituationen zu stellen. Die Vergleichsgruppe zeigte sich in sozialen Kontakten schwieriger und hatte einen niedrigen Selbstwert. Sie ärgerten sich, dass sie nicht genug bekamen, waren eifersüchtig und reagierten auf Irritationen gereizt und provozierend, wodurch es leicht zu Streitigkeiten kam (vgl. Schacht 2003, S.144,145).

Diese Ergebnisse zeigen, welche weitläufigen Auswirkungen die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub auf die kognitive und soziale Handlungskompetenz hat. ADHS-Kinder,

die auf Belohnungen nicht verzichten können, fallen durch die genannten Eigenheiten immer wieder auf.

3.1.2.3 Informationen aufspalten und neu kombinieren

Mit den kognitiven Kompetenzen auf der soziodramatischen Rollenebene eröffnen sich weitere Möglichkeiten der Handlungs- und Selbstregulation.

Nach Barkley (vgl.2005, S.101,102) hängt eine weitere geistige Fähigkeit, die zur Verhaltenshemmung wichtig ist, mit der verinnerlichten Sprache zusammen und besteht aus zwei Schritten: „(1) der Fähigkeit, eingehende Informationen oder Botschaften in kleinere Bestandteile oder Einheiten zu zergliedern (Analyse), und (2) der Fähigkeit, diese Bestandteile zu völlig neuen ausgehenden Botschaften oder Anweisungen zusammenzusetzen (Synthese)“ (Barkley 2002, S.101). Aufgrund unserer analytischen Fähigkeiten können wir einen Gedanken oder eine Information auseinandernehmen. Die einzelnen Elemente können wir auf zahlreiche Weise wieder neu zusammensetzen und dann diejenige Reaktion auswählen, die uns für unser Handeln sinnvoll und geeignet erscheint. Dieser Prozess befähigt den Menschen zur Problemlösungskompetenz, Vorstellungskraft und Kreativität. Für diesen Prozess ist Zeit notwendig, die sich ADHS-Kinder bekanntlich mit ihrer mangelnden Fähigkeit der Verhaltenshemmung und Reaktionsverzögerung nicht geben. Sie betrachten Gegenstände nicht genau. Dinge, mit denen sie sich beschäftigen, werden nicht genau analysiert. Sie scheinen, den Prozess des Zerlegens und Neukombinierens von Informationen nicht effektiv durchzuführen.

3.1.2.4 Interaktionen mit Gleichaltrigen

Die Fähigkeit Freundschaften zu bilden entwickelt sich allmählich mit zweieinhalb bis drei Jahren. Das Kind gelangt über die Hilfs-Ich-Kompetenzen, die ihm die Erwachsenen im Symbolspiel zur Verfügung stellen, selbst zu Kompetenzen, um untereinander in Aktion zu treten. Dabei lernen sie, eigenes Verhalten mit dem der anderen Kinder abzustimmen.

Mit der Durchführung von Rollenspielen wachsen die sozialen Kompetenzen und die Regelmäßigkeit von Freundschaften. Kinder in diesem Alter bemühen sich um Einver-

ständnis untereinander. Bei Streitigkeiten geht es darum, wer welches Spielzeug haben darf. Sozial kompetente Kinder tragen Konflikte eher nicht aggressiv aus. Hingegen reagieren unbeliebte, sozial weniger kompetente, mitunter auch unsicher gebundene Kinder bei der Konfliktlösung aggressiv. Sie zeigen keine konstruktiven Strategien zur Konfliktlösung. Die Konfliktlösungsstrategien sicher gebundener Kinder sind auf die Bereitschaft zur Kooperation und der Erfahrung, eigene Erwartungen und Gefühle äußern zu können, zurückzuführen. In Wettbewerbssituationen sind die Fähigkeiten der Handlungsregulation jedoch noch instabil (vgl. Schacht, S.174-176).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Umgang mit Gleichaltrigen

Wegen ihres schwierigen Temperamentes geraten sie im Kindergarten oft in Situationen, die einen „Teufelskreis“ in Gang setzen. Das ADHS-Kind will mit anderen Kindern spielen. Mit seiner ungestümen und impulsiven Art (Primärproblematik der ADHS) stört es das Spiel der anderen Kinder. Wiederholt sich das öfter, kann es zur Ablehnung der anderen Kindergartenkinder kommen. Aufgrund der mangelnden Impulshemmung, ergeben sich für das ADHS-Kind erschwerte Interaktionserfahrungen, auf die es oft mit aggressivem Verhalten und Wutausbrüchen reagiert. Die anderen Kinder verhalten sich ihrerseits ablehnend und teilweise aggressiv. So kommt das ADHS-Kind in eine Opferrolle, aus der es wiederum mit gesteigerter Impulsivität und Aggression anderen begegnet, was wieder zu Zurückweisungen des Gegenübers führt. Für das ADHS-Kind kommt so ein sich selbstverstärkender negativer Prozess in Gang. (Sekundärproblematik, die zu komorbiden Störungen führt). Aufgrund negativer Interaktionen ist es für ADHS-Kinder schwer, entsprechende Handlungsmuster zu entwickeln, um ihre Konflikte wirkungsvoll zu lösen und ihre eigenen Ziele zu verfolgen. Als „*role-giver*“ handeln sie unzureichend und können sich den Rollenerwartungen der anderen Kindergartenkinder kaum in kooperativer Weise anschließen. Das ADHS-Kind erlebt sich als Versager. Die ADHS-Problematik verstärkt sich noch einmal.

Bei Kindern mit ADHS treten bestimmte Merkmale ausgeprägter auf als bei Kindern ohne ADHS. „Die *Intensität*, die *zeitliche Beständigkeit* und das *Auftretensmuster* dieser Symptome charakterisieren Kinder mit einer ADHS“ (Wender 2002, S.18).

Weiters meint Wender (2002, S.30,31): „*Als kleineres Kind neckt es die anderen und scheint geradezu prädestiniert, diese auf die Palme zu bringen, zu ärgern und zu stören.*“ Es will oft der Anführer sein, das Spiel soll nach seinen Spielregeln oder gar nicht gespielt werden. Auf diese Weise gewinnt es keine Freunde, sondern wird gemieden, bis es schließlich gar keine Freunde hat. Es schließt zwar schnell Freundschaften, kann diese aber nicht aufrechterhalten. Deshalb spielt das ADHS-Kind eher mit jüngeren Kindern.

3.1.2.5 Eltern-Kind-Interaktion und Erziehungsstil

Bei ADHS-Kindern besteht meist eine ausgeprägte Trotzphase, jedoch kommt es nicht in allen Eltern-Kind-Beziehungen zu Problemen (vgl. Imhof et al. 2000, S.64).

Aufgrund der wachsenden kindlichen Autonomie nimmt die Zufriedenheit der Eltern mit dem Kind um das 2. Lebensjahr deutlich ab. Die Gestaltung der Eltern-Kind-Interaktion hängt vom jeweiligen Erziehungsstil ab. Baumrind folgend, beschreibt Schacht (vgl. 2003, S.153-156) drei Erziehungsstile:

Autoritärer Erziehungsstil: Eltern geben wenig Wärme und Zuneigung. Sie stellen hohe Rollenerwartungen an das Kind. Sie bemühen sich aber nicht, dass ihr Verhalten vom Kind verstanden wird. Sie lassen den Kindern wenig Spielraum für deren Bedürfnisse und Wünsche. Im Gegenteil, es zählen die Bedürfnisse und Wünsche der Eltern. Bestrafung und Machtausübung wird eingesetzt. Auf die Perspektivenübernahme wird wenig Wert gelegt.

Autoritativer Erziehungsstil: Die Eltern geben Wärme und Zuneigung. Sie wollen, dass ihre Erwartungen von den Kindern verstanden werden. Die Kinder können ihre Rollenerwartungen ebenfalls zur Geltung bringen. Einerseits geben die Eltern den Kindern gewisse Freiheiten, sorgen andererseits aber auch für Disziplin und schätzen Selbstvertrauen, Unabhängigkeit und einen starken Willen des Kindes. Die Kinder zeigen sich selbstbewusst und unabhängig, verhalten sich kooperativ den Eltern gegenüber und verantwortungsvoll und freundlich den Gleichaltrigen gegenüber.

Permissiver Erziehungsstil: Die Eltern geben den Kindern mäßige Zuwendung und Wärme. Sie erklären den Kindern ihre Rollenerwartungen und berücksichtigen deren Wünsche. Die Erwartungen an die Kinder werden nicht immer durchgesetzt. Die Eltern

als „*role receiver*“ nehmen die Erwartungen der Kinder wichtig. Die Kinder setzen sich häufig durch.

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Eltern–Kind–Beziehung

Wie aus der Literatur und der Praxis hervorgeht, zeigt das ADHS-Kind auf der psychodramatischen Rollenebene zum Teil oppositionelles und aggressives Verhalten, Wutausbrüche und ein ausgeprägtes Trotzverhalten gegenüber den Eltern. Das Einhalten von Regeln ist schwierig.

Mit einem trotzigem Verweigern („Nein“) kann das Kind einerseits seinen Willen ausdrücken, dass es Dinge selber machen möchte. Andererseits kann Trotz auch als fehlende Handlungskompetenz betrachtet werden. Das kommt in Situationen vor, die es nicht bewältigen kann, in denen es weder ein noch aus weiß. Das Kind ist so auf sein Ziel fixiert, dass es auf keine Alternative eingeht. So betrachtet ist „*Trotzverhalten*“ als „*Systemzusammenbruch*“ zu verstehen (Schacht 2003, S.147).

Eine aversive Eltern-Kind-Interaktion wirkt sich auf die Entwicklung des ADHS-Kindes ungünstig aus. Ein negativer, kritischer und autoritärer Umgangsstil der Mutter, aggressive Eltern und partnerschaftliche Probleme, sowie aggressives Verhalten des Kindes verstärken die ADHS-Symptomatik (vgl. Döpfner et al. 2000, S.17,18).

Wenn ein Familienklima von Feindseligkeit, Streit und Aggressivität vorherrscht, wird ein Kind kaum zur „*compliance*“ bereit sein. „*Auch die angemessene Regulation von Aktivierung und Emotionen wird kaum möglich sein, da Eltern entsprechende Hilfs-Ich-Kompetenzen meist nicht bereitstellen können*“ (Schacht 2003, S.178).

„*Das zwischenmenschliche Verhalten der meisten Kinder mit ADHS weist*“, nach Wender (2002, S.30), „*eine beträchtliche Widerstandskraft gegenüber sozialen Anforderungen, Geboten und Verboten*“ auf.“*Disziplinierungsmaßnahmen*“ scheinen nicht möglich zu sein.

Als letzte Möglichkeit wird trotziges Verhalten eingesetzt, um eigene Impulse doch noch durchzubringen.

Ein schwieriges Temperament, mangelnde Impulshemmung und die Überforderung der Eltern erschweren positive Interaktions- und Erziehungsbedingungen und machen das Erleben gemeinsam geteilter Zustände eher selten möglich und erhöhen das ADHS-Risiko. Von den genannten Erziehungsstilen erscheint mir der **autoritative** am günstigsten für das ADHS-Kind, weil einerseits Freiheiten gegeben werden, andererseits aber auf Disziplin und Kontrolle Wert gelegt wird, was für mich gleichzeitig die Vorgabe von Struktur und Regeln und damit Handlungsregulation beinhaltet. Beim **permissiven** Erziehungsstil wird vermutlich zu sehr auf die Erwartungen des Kindes eingegangen, was mit der Zeit zu einem fordernden Verhalten des ADHS-Kindes führen kann. Ich erlebe so manche Mutter-Kind-Interaktion beim Erstgespräch, in der die Mutter sofort das Gespräch mit mir unterbricht und sich dem Kind zuwendet, wenn es irgendetwas sagt. In seiner Impulsivität unterbricht es immer wieder das Gespräch der Erwachsenen, weil es gewöhnt ist, dass sofort auf seine Wünsche reagiert wird.

Zusammenfassung für die psychodramatische Rollenebene

1. Auch für die psychodramatische Ebene war es meine Zielsetzung herauszuarbeiten, welche Schwierigkeiten sich in der Interaktion zwischen Bezugspersonen und Kind ergeben können, bei dem später ADHS diagnostiziert wird.

- Das Kind macht wesentliche Entwicklungsfortschritte infolge des Spracherwerbs und der Spielentwicklung. Es besitzt die Fähigkeit sich Ereignisse, Wünsche, Gefühle und Fantasien innerlich vorzustellen. Es kann einfache Impulse hemmen und kurz sein Handeln steuern.
- Durch die Sprachentwicklung können mit jedem neuen Wort und den benannten Symbolen Erfahrungen geteilt werden. Im gemeinsamen sprachlichen Austausch werden realitätsbezogene Handlungen, geteilte Aufmerksamkeitszustände, Gefühle, zwischenmenschliche Verhaltensweisen und Lebensereignisse versprachlicht, wodurch Skripts und Narrationen erlernt werden. Die Sprache wird zum Ausdrucksmittel der Gefühle. Realitätsbezogene Rollenerwartungen werden dem Kind vermittelt.
- Das ADHS-Kind stellt hohe Anforderungen an die Eltern, was zu Überforderung und Stress führt (Diathese-Stress-Modell). Es wird schwer für sie, entsprechende

Hilf-Ich-Kompetenzen zur Verfügung zu stellen und positive Interaktionen zu gestalten. Der Prozess der Versprachlichung und die Entwicklung von Skripts und Narrationen werden erschwert, weil Eltern und Kind gefühlsmäßig zwischen den Extremen der Annäherung und der Vermeidung hin- und herpendeln. Es besteht die Gefahr von sich selbstverstärkenden negativen Interaktionsprozessen, die zu eskalierenden Situationen führen können. Ein autoritärer und kritischer Erziehungsstil gilt ebenfalls als ADHS-Risikofaktor.

- Auch im Umgang mit Gleichaltrigen kann es aufgrund der mangelnden Impulshemmung zu Ablehnung und Aggressionen gegenüber dem ADHS-Kind kommen, welches seinerseits ebenfalls mit Aggression reagiert. Dadurch entstehen so genannte „Teufelskreise“ in der Umwelt des Kindes.

2. Aufgrund folgender Faktoren kommt es zu Schwierigkeiten beim Erlernen der Handlungsregulation bzw. Selbstregulation auf der psychodramatischen Ebene.

- Im Wesentlichen fällt in diesem Alter auf, dass später diagnostizierte ADHS-Kinder beim Spiel nicht bei der Sache bleiben können. Es gibt Probleme mit Gleichaltrigen. Sie halten sich nicht an Regeln. Gegenüber ihren Eltern zeigen sie ein ausgeprägtes Trotzverhalten.
- Das schwierige Temperament wirkt sich in diesem Alter weiter aus. Hinzu kommt die mangelnde Hemmung von Impulsen als Kernproblem der ADHS. Da es auf der psychosomatischen Rollenebene vermutlich nicht zur optimalen Entwicklung von Regulationsmechanismen kam, fällt es dem Kind schwer, sich selbst zu regulieren, was in Ansätzen durchaus möglich wäre.
- Dadurch kommt es zur Beeinträchtigung weiterer Regulationskompetenzen und der exekutiven Funktionen. Die Fähigkeit zur Selbstinstruktion, die Regulation von Aufmerksamkeit, Affekt und Motivation, das Verständnis von Zeit, Raum und Situation, der Belohnungsaufschub sowie die Entwicklung von Handlungssequenzen sind beeinträchtigt. Das führt zu den von Barkley beschriebenen mangelhaft entwickelten Fähigkeiten.
- Probleme der Sprachregulation wirken sich auf alle Regulationsmechanismen aus, die das Kind erlernen soll. Deshalb sind verbale Hilfs-Ich-Kompetenzen der Eltern

so wichtig. Durch sprachliche Selbstinstruktionen lernt es, das Verhalten und die Impulse zu hemmen und sein Handeln zu regulieren. Die Fähigkeit zur Selbstinstruktion beeinflusst die Emotions-, die Aufmerksamkeits- und die Motivationsregulation, welche zusammengefasst als Kompetenzen der willentlichen Handlungsregulation zu betrachten sind.

- Die zeitlich begrenzte Aufmerksamkeitsspanne des Kindes macht es schwierig geteilte Erlebnisse, Spiele, Aufmerksamkeitszustände gemeinsam zu gestalten und sprachlich zu kommentieren. Fantasie- und Aufmerksamkeitsentwicklung kommen vielfach zu kurz.
- Ich möchte noch einmal betonen, dass aufgrund der genetischen ADHS-Disposition das Erlernen von Handlungskompetenzen nicht automatisch gestört sein muss. Die angespannte Eltern-Kind-Interaktion und familiäre Belastungen erhöhen das ADHS-Risiko aber beträchtlich. Das Sprechen über gefühlsmäßige Zustände erfolgt möglicherweise unzureichend. Daraus ergeben sich Defizite im Wahrnehmen der eigenen Handlungsmotive, Wünsche und Emotionen.

3.1.3 Soziodramatische Rollenebene: Schulalter

In diesem Kapitel gehe ich auf die Entwicklung sozialer Handlungskompetenzen im Schulalter ein. Danach beschreibe ich, wie es Kindern unter normalen Umständen in der mittleren Kindheit geht und wie sie ohne Hilfs-Ich-Kompetenzen der Bezugspersonen ihre Rolleninteraktionen speziell mit Gleichaltrigen gestalten. Weiters befasse ich mich mit ADHS-Defiziten im Schulalter.

Eingangs ist zu erwähnen, dass das Kind mit Eintritt in die Schule mit sozialen Rollenerwartungen und sozialen Regeln konfrontiert ist. Vom Schulkind wird erwartet pünktlich, still, aufmerksam und angepasst zu sein. Gruppenregeln und Spielregeln bei diversen Spielen gilt es einzuhalten (vgl. Schacht 2003, S.194,195).

Das ADHS-Kind hat Schwierigkeiten diesen Rollenerwartungen zu entsprechen und sich an Regeln zu halten.

3.1.3.1 Soziale Kompetenzen im Schulalter

„Für das soziale Handeln sind Kompetenzen, die es dem Kind ermöglichen, einen inneren Rollenwechsel oder wechselseitig einen inneren Rollentausch mit dem Gegenüber durchzuführen, entscheidend“ (Schacht 2003, S.198). Die dazu notwendige Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, die sich bereits auf der psychosomatischen und psychodramatischen Rollenebene zu entwickeln beginnt, wird nun auf der soziodramatischen Rollenebene durch kognitive Kompetenzen erweitert.

In Anlehnung an Selman unterteilt Schacht die soziodramatische Rollenebene in vier Niveaus. Für diese Arbeit sind hauptsächlich Niveau 1 (ca. 6.-10. Lebensjahr) und der Übergang zu Niveau 2 (ca. 11.-15. Lebensjahr) interessant, da ich mit sechs bis zwölfjährigen Kindern arbeite. Die Altersgruppe vom 10. bis zum 12. Lebensjahr fällt in den Bereich der mittleren Kindheit, wobei Niveau 1 größtenteils handlungsbestimmend ist. Altersübergänge sind jedoch fließend (vgl. Schacht 2003, S.197).

Niveau 1

Dieses Niveau ist gekennzeichnet durch eine „**differenzierte, subjektive Perspektivenübernahme**“ (Schacht 2003, S.198, nach Selman). Ungefähr im Alter von 6 Jahren erlangt ein Kind die notwendige kognitive Fähigkeit, um soziale Interaktionen zu verstehen. Es versteht, dass zwei Menschen ein Ereignis unterschiedlich, aus der jeweiligen persönlichen Perspektive erleben und entsprechend handeln. Dieses differenzierte Verständnis bedeutet jedoch nicht, dass es sofort in konkretes Handeln umgesetzt wird. Das Kind kann sich mögliche Gedanken und Bedürfnisse seines Gegenübers vorstellen und versteht, dass es diese erfüllt haben möchte. Die Kompetenzen des (inneren) Rollenwechsels werden erweitert. Das Verständnis von Beziehungen bleibt jedoch noch einseitig, da die eigene „subjektive“ Perspektive vorherrschend ist. Im Falle eines Konfliktes bestimmen die eigenen Bedürfnisse das Handeln. Eine Lösung erfolgt nach dem Prinzip „*Sieg und Niederlage*“ – „*Entweder–Oder*“. Es erfolgen „*Verhandlungen über die Kontrolle der Situation durch einseitige implizite Machtausübung*“ (Schacht 2004, S.122 zitiert nach Selman 1984).

Niveau 2

Das Niveau der „**selbstreflexiven, reziproken Perspektivenübernahme**“ (Schacht 2003, S.199) wird durchschnittlich mit 11 Jahren erreicht und bestimmt im Verlauf der Pubertät Handlung und Erleben. Mit den kognitiven Kompetenzen dieses Alters erwirbt der Jugendliche ein selbstreflexives Verständnis vom Wesen einer Person. Das Verständnis von Beziehungen ist reziprok (wechselseitig), da der Jugendliche nicht nur die Perspektive des Gegenübers übernimmt, sondern zusätzlich begreift, dass sein Gegenüber das Gleiche tut. Er weist erst vermutlich auf Niveau 2 die notwendigen Kompetenzen auf, um einen (inneren) Rollentausch mit dem anderen durchführen zu können (vgl. Schacht 2003, S.199-201). Dadurch „*wächst das Wissen um die Wechselseitigkeit von Anziehungen und Abstoßungen. Wenn „ich“ „dich“ ablehne, bin ich mir gleichzeitig bewusst, dass „du“ „mich“ möglicherweise ebenfalls ablehnst*“ (Schacht 2003, S.232,233). Dieses Wissen um die Wechselseitigkeit hilft das Handeln zu regulieren.

Im Konfliktfall können eigene Interessen zugunsten gemeinsamer Problemlösungen zurückgestellt werden, jedoch spielt das eigene Interesse für das Handeln nach wie vor eine Rolle: „*Sowohl-als auch*“. Nach Selman geht es bei Verhandlungen „*um Einflussnahme durch bewusste psychologische Überredung.*“ „*Ich versuche „dich“ dazu zu überreden, dass „du“ das gleiche willst wie „ich“*“ (Schacht 2004, S.123).

3.1.3.2 Mittlere Kindheit: Interaktionen unter Gleichaltrigen

Einer Untersuchung von Krappmann und Oswald folgend, schreibt Schacht (vgl.2003, S.204-209), dass es für 10 bis 12jährige Kinder auch unter normalen Umständen nicht einfach ist, sich unter Gleichaltrigen zu behaupten. Bindungs- und Erziehungsaspekte spielen dabei eine Rolle. Die Autoren stellten fest, dass prosoziales Handeln eher selten vorkommt, dass man sich keine zu romantische Vorstellung vom Alltag der Kinder machen sollte, da sie in vielen Interaktionen sehr rücksichtslos und heftig ihre Anliegen durchsetzen und in gleicher Weise heimzahlen, was ihnen zugefügt wurde. Selten wurden gemeinsame Konfliktlösungen gefunden. Zwang, körperliche Attacken, Herabsetzung von Gefühlen und Selbstwert, verbale Gewalt wurden beobachtet. Niveau 1 ist vorherrschend. Freundschaften sind in dem Alter trotzdem so wichtig, weil die Kinder lernen können, wie man mit konflikthafter Rollenerwartungen, weniger egoistisch um-

geht. Problemlösungsstrategien, wie sie für Niveau 2 charakteristisch sind, werden erlernt. Dem Kind ist wichtig, gleich behandelt zu werden und sich die eigene Anerkennung zu verschaffen. Der andere jedoch muss sich seine Anerkennung erst verdienen. Über spielerisches Kräfteressen erfolgt eine gemeinsame Aktivierungsregulation, da das Spiel oft an der Grenze zwischen Spaß und Ernst verläuft. Wird die Grenze überschritten, erlebt der Benachteiligte eine Demütigung.

Die **soziometrische Stellung in der Gruppe** wird bedeutend. Das Kind lernt, welche Kriterien wichtig sind, um dazu zu gehören oder um ausgeschlossen zu werden. Normen und Wertvorstellungen werden auf diese Weise vermittelt. Wird man von der Gruppe akzeptiert, steigt das Selbstwertgefühl, wenn nicht, kann es zu Kränkungen oder zum Gefühl der Einsamkeit und Ausgeschlossenheit kommen. Sozialer Erfolg ist eine wichtige Ressource für die Bewältigung vieler Entwicklungsaufgaben (vgl. Schacht 2003, S.223,224).

Störungsspezifische ADHS-Merkmale: Symptome im Schulalter

Die Rollenerwartungen und die Anforderungen im Lern- und Leistungsbereich werden immer größer. Die ADHS-Kinder fallen durch ihre Hyperaktivität und Impulsivität in der Schule so richtig auf. Die Aufmerksamkeitsstörung beeinträchtigt die Leistungen. Teilweise kommt es zu Verhaltensproblemen in der Schule. Die Lehrer haben zu kämpfen, weil sich das Kind an keine Regeln und Gebote halten will. Das Kind eckt mit den Mitschülern an. Zu Hause kämpft die Mutter mit dem Kind, weil es die Hausübung nicht machen möchte. Für ADHS-Kinder ist es unangenehm sich mit dem Lernen und der Schule zu befassen. Spätestens jetzt machen sich die Auswirkungen des Erziehungs- und Interaktionsverhaltens der beiden frühen Rollenebenen bemerkbar. Es zeigt sich, ob das Kind Kompetenzen zur Selbstregulation entwickelt hat und danach handeln kann oder ob zusätzlich zur ADHS-Symptomatik Anzeichen für eine Verhaltensstörung gegeben sind.

Störungsspezifische ADHS-Merkmale des Schulalters geben die Symptomkriterien auf Seite 8 und 9 wieder, sodass sie an dieser Stelle nicht mehr angeführt werden.

Zusätzlich sind noch folgende ADHS-Defizite zu nennen:

Emotionale Defizite: Affektlabilität, Frustrationsintoleranz, Wechsel zwischen fehlendem Angstgefühl und unverständlicher Ängstlichkeit, fehlendes Schmerzgefühl und Zimperlichkeit nebeneinander. Mädchen zeigen depressive Verstimmung oder sind phlegmatisch bei Nervosität (vgl. Imhof et al. 2000, S.67,68).

Lernschwierigkeiten, Teilleistungsstörungen und Schwierigkeiten bei der Arbeits- und Handlungsstruktur können auftreten.

Leistungsunsicherheit und **Selbstwertprobleme** resultieren aus den Reaktionen der Umwelt. Je stärker die Aufmerksamkeitsstörung ist, desto schlechter ist langfristig gesehen die Schulleistung.

Schullaufbahn: Klassenwiederholungen, Schulverweise, Schulabbrüche, Wechsel in Sonderschulen sind häufig (vgl. Döpfner et al. 2000, S.17,18).

Wenn in der Schule zu den bereits vorhandenen kognitiven Defiziten noch weitere Leistungsprobleme hinzukommen, verschärft sich möglicherweise die Lage. Durch störendes, aggressives Verhalten wird das Kind von seinen Kollegen abgelehnt, es katapultiert sich oft selbst an den Rand des Klassenverbandes. Laut Untersuchungen verschlechtert sich antisoziales Verhalten zwischen dem 5. und 7. Lebensjahr. Schulabbrüche wirken sich auf eine positive Zukunft eher einengend aus (vgl. Schacht 2003, S.265).

Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen: Die Schwierigkeit, Freunde zu finden und Freundschaften zu halten, setzt sich im Schulalter fort. Die meisten meiner ADHS-Klienten berichten, dass sie kaum Freunde und Probleme im Umgang mit Schulkollegen haben. Oder sie meinen, dass sie zwar streiten, aber doch viele Freunde haben, was oft auf mangelnde Selbstwahrnehmung zurückzuführen ist. Sie erzählen aus subjektiver Perspektive, dass sie oft geärgert werden. „Schuld sind die anderen.“ Den eigenen Anteil der Beziehungsgestaltung erkennen sie kaum. Wie erwähnt, sind auch für Kinder ohne ADHS die Interaktionen mit Gleichaltrigen oft nicht leicht, umso schwieriger sind sie es für ein ADHS-Kind.

Zusammenfassende Ergebnisse meiner Zielsetzungen bezüglich des Interaktionsverhaltens und der Faktoren, die zur Entstehung von ADHS beitragen, habe ich für die psychosomatische und psychodramatische Rollenebene bereits beschrieben.

Die soziodramatische Rollenebene abschließend, lässt sich sagen, dass es dem Kind aufgrund der sprachlichen und kognitiven Kompetenzen immer besser gelingt, ohne Hilfs-Ich-Kompetenzen seiner Bezugspersonen Rolleninteraktionen zu gestalten. Mittels der Sprache verfügt es über Strategien zur willentlichen Selbst- und Handlungsregulation (vgl. Schacht 2003, S.270).

Mit der Fähigkeit zur Selbstinstruktion übernimmt es für sich selbst Hilfs-Ich-Kompetenzen (vgl. Schacht 2003, S.147).

ADHS-Kinder haben schlechtere Voraussetzungen, um kognitive Kompetenzen der Perspektivenübernahme zu erlernen und diese in ihr eigenes Handeln und Erleben zu integrieren (vgl. Schacht 2003, S.264).

Sie sind länger auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen.

4 THERAPIE

4.1 Behandlungsformen in der ADHS-Kindertherapie

In der Literatur werden verschiedene Therapieformen zur Behandlung von ADHS angeführt.

1. **Medikamentöse Behandlung**
2. **Psychotherapeutische Behandlung**
3. **Heilpädagogische Verfahren:** Logotherapie Ergotherapie, Psychomotorik (Motopädagogik), Wahrnehmungstraining
4. **Psychoedukation:** Beratung aller Beteiligten (Kind, Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen)
5. **Multimodale Behandlung:** Sie setzt sich aus der Stimulanzientherapie, Verhaltenstherapie und aus Interventionen in der Familie und der Schule zusammen (vgl. Döpfner et al. 2000, S.34).

Auch ich halte die multimodale Behandlung für zielführend. Eine Kinderpsychotherapie ist ohne Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld auch nach psychodramatischem Verständnis nicht denkbar.

Das Psychodrama als mögliche Behandlungsmethode hat in die ADHS-Literatur noch keinen Einzug gefunden. In meiner Master Thesis geht es mir darum, die Methode Psychodrama als Gruppenpsychotherapie für Kinder vorzustellen und Maßnahmen aufzuzeigen, die sich für die Behandlung von ADHS-Kindern positiv auswirken. Ich möchte aber auch andere Behandlungsmethoden untersuchen, um Elemente herauszufinden, die sich im Sinne einer integrativen Psychotherapie gut mit dem Psychodrama verbinden lassen. Im Besonderen sind für mich die medikamentöse Behandlung, die Verhaltenstherapie und die Motopädagogik interessant. Ich denke, dass viele Bereiche notwendig sind, um der Individualität des ADHS-Kindes gerecht zu werden.

4.1.1 Medikamentöse Behandlung

Wie aus der von mir bearbeiteten Literatur hervorgeht, wird heute von ADHS-Experten die Meinung vertreten, dass die „*medikamentöse Therapie hyperkinetischer Störungen (...) eine wichtige Ergänzung der anderen Behandlungsformen darstellen*“ kann; „*manchmal ist sie sogar eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die anderen Behandlungsformen erfolgreich eingesetzt werden können*“ (Döpfner et al. 1999, S.73). Eine medikamentöse Behandlung ist dann angezeigt:

- wenn durch die starke Ausprägung der Symptome erhebliche schulische Probleme entstehen.
- wenn aufgrund der Störung Familienprobleme auftreten, welche eine Gefährdung für die weitere Entwicklung des Kindes bedeuten.
- wenn durch andere Maßnahmen und Therapieformen die Auffälligkeiten nicht zu reduzieren sind (vgl. Döpfner et al. 1999, S.79,80).

Die Meinungen der Eltern bzgl. der medikamentösen Behandlung erlebe ich in der Praxis kontrovers, jedoch ist von Seiten der Eltern eher eine Tendenz für eine Medikamentengabe zu bemerken. Der Grund sind Interaktions- und Schulprobleme.

Stimulanzientherapie:

Psychostimulanzien beeinflussen laut Blanz et al. (2005a, S.27) die Kernsymptome der ADHS positiv. Folgende Medikamente werden am häufigsten verschrieben:

Ritalin: (Wirkstoff: Methylphenidat: Erhöht die Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt) Die Wirkung des Medikaments erfolgt nach 20 bis 30 Minuten und hält ungefähr 4 Stunden an. Da nun Bereiche im Gehirn, die für die Verhaltenssteuerung zuständig sind, aktiver arbeiten können, sind ADHS-Kinder nicht so leicht ablenkbar, können sich besser konzentrieren, sind aufmerksamer, ausgeglichener, können besser zuhören und verstehen, wahrnehmen und Informationen verarbeiten. Das wirkt sich positiv auf ihre Umwelt aus. Es wird zwei- bis dreimal täglich eingenommen und kann ab dem 6. Lebensjahr verabreicht werden. Rückmeldungen über den Effekt des Medikaments und über Veränderungen im Verhalten sind von den Eltern und aus dem Umfeld einzuholen (vgl. Neuhaus 2002, S. 192-196; Imhof et al. 2000, S.84,85).

Die Verbesserung der Symptomatik hält an, solange das Medikament wirkt. Neuhaus (vgl.2002, S.197) weist auf den „Rebound-Effekt“ hin. D.h., das Kind kann nach Abklingen der Medikamentenwirkung noch lebhafter sein als vorher.

Concerta: (Retardpräparat ³) Wirkungsdauer 8 bis 12 Stunden.

Befürchtungen, dass die Kinder aufgrund der Stimulanzienbehandlung abhängig werden, wurden wissenschaftlich nicht bestätigt (vgl. Döpfner et al. 1999, S.78).

Nicht Stimulanzientherapie:

Strattera (Wirkstoff: Atomoxetin: Selektiver Noradrenalin–Wiederaufnahmehemmer) wird einmal täglich ab dem 6. Lebensjahr verabreicht. Es bewirkt eine Reduzierung der ADHS-Kernsymptome über den ganzen Tag (vgl. Blanz et al. 2005a, S.31).

In der Kindergruppe macht sich natürlich der Unterschied im Gruppenverhalten bemerkbar, ob ein Kind ein Medikament nimmt oder nicht. Kinder ohne Medikament haben mehr Schwierigkeiten mit dem Stillsitzen und dem Einhalten der Regeln. Mit ADHS-Kindern, die zusätzlich zur Psychotherapie eine medikamentöse Behandlung bekommen, ist das soziale Miteinander konstruktiver zu gestalten.

4.1.2 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie wird in der Literatur als effektive Methode bei der Arbeit mit ADHS-Kindern beschrieben. Lauth, Schlottke (2002) nennen folgende verhaltenstherapeutische Verfahrensweisen, deren Ziele die Selbstinstruktion und die Handlungsplanung des ADHS-Kindes sind:

Kognitives Modellieren: Der Therapeut zeigt als Modell vor, wie eine Aufgabe zu lösen ist. Durch laut ausgesprochene Selbstanweisungen in Ich-Form verdeutlicht er seine Handlungen. Dadurch werden dem Kind allmählich Regeln und Strategien klar. Zusätzlich werden Signalkarten verwendet, die in Bildform wichtige Lösungsschritte darstellen: Das Problem erkennen, ein Ziel bestimmen, den Lösungsweg ableiten, das Ergebnis überprüfen. Das Ziel ist die Übernahme und Verinnerlichung des gezeigten Modellverhaltens (Lauth, Schlottke 2002, S.127).

³ „Retardformen beinhalten Methylphenidat, das in einer ersten Phase rasch, in einer zweiten Phase verzögert freigesetzt wird.“ (Blanz et al. 2005a, S.28)

Operante Verstärkung: Für erfolgreiche Lernschritte (Reaktionsverzögerung, verbale Handlungsregulation) werden Verstärker, z.B. bunte Klammern, vergeben. Die Wegnahme von Verstärkern erfolgt bei Nichteinhaltung von Verhaltens- und Arbeitsregeln. Wenn das Kind 15 Klammern gesammelt hat, darf es diese für ein Spielzeug umtauschen. Dadurch soll das Sozial- und Aufmerksamkeitsverhalten des ADHS-Kindes gezielt verändert werden (vgl. Lauth, Schlottke 2002, S.135,136).

Zusätzlich werden als verhaltensmodifizierende Maßnahmen **Kontingenzverträge** (Vereinbarung von Zielen und Belohnung) und **Time-Out-Maßnahmen** eingesetzt (vgl. Imhof et al. 2000, S.90-93).

Die genannten Verfahrensweisen werden in verschiedenen **Trainingsprogrammen** angewendet, von denen ich kurz auf das soziale Kompetenztraining eingehe.

Im **sozialen Kompetenztraining** sollen soziale Kompetenzen erarbeitet werden. Die Reaktionsverzögerung wird mittels der Stopp-Signalkarte geübt, indem ungeeignete Verhaltensweisen unterbrochen und neue erlernt werden.

Alternative Handlungsmöglichkeiten werden im Rollenspiel eingeübt. Weiters lernen Kinder durch Rollenübernahme und Perspektivenwechsel komplexe soziale Situationen einzuschätzen und die Konsequenzen sowie den Verlauf eines bestimmten Verhaltens aus der Perspektive des anderen zu sehen (vgl. Lauth, Schlottke 2002, S. 353). Ich möchte anmerken, dass diese Techniken des Rollenspiels ursprünglich aus dem Psychodrama stammen.

Von der Verhaltenstherapie habe ich die Idee der Signalkarten übernommen, allerdings in abgeänderter Form. Auf meinen Signalkarten sind nicht Lösungsschritte, sondern u. a. die Gruppenregeln vorgegeben. Ich übernehme sie in der Form, in der sie in das psychodramatische Konzept passen sowie die VerhaltenstherapeutInnen das Rollenspiel vermutlich nach ihrem Konzept verwenden.

4.1.3 Heilpädagogische Verfahren

Aufgrund meiner Ausbildung zur Sonderschullehrerin und Sprachheillehrerin bin ich mit heilpädagogischen Maßnahmen vertraut, sodass ich Sprach- und Wahrnehmungsförderung sowie psychomotorische Elemente (Motopädagogik) in die Kinderspielgruppe einfließen lasse.

Unter Störungen der Psychomotorik versteht man eine Ungeschicklichkeit, Gehemmtheit, Koordinationsschwäche und Unruhe in der Bewegung. Den Ansatz der Psychomotorik begründete Ernst J. Kiphard. Es handelt sich um ein „*System aus Bewegungsverhalten zusammen mit Wahrnehmungsgenauigkeit, intellektuellen Informationsverarbeitungsmechanismen vor dem Hintergrund von Motivation und der Fähigkeit, den Eigenantrieb und auch die Emotion regulieren zu können*“ (Neuhaus 2002, S.217).

4.2 Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern

Ich möchte einen Überblick über die Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern geben und beschreiben, welche Ansätze für die Arbeit mit ADHS-Kindern förderlich sind. Ausgehend davon werde ich meine methodenspezifischen Überlegungen darstellen.

In Österreich ist das Psychodrama als Psychotherapiemethode anerkannt und die Arbeitsweise ist humanistisch orientiert. Für die KindertherapeutInnen gilt: „*konsequent auf die den Kindern innewohnende Spontaneität der Entwicklung zu vertrauen*“ (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.310).

Die psychodramatische Gruppenarbeit mit Kindern erfolgt nach festgelegten strukturierten Grundsätzen.

- **Der dreiphasige Grundaufbau des Psychodramas** in der Anwärmphase, Spielphase und Nachbearbeitungsphase ist auch in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen gegeben. Dies gilt für die Einzel- und für die Gruppentherapie.
- In der Psychodrama-Kindertherapie werden keine **konflikthaften Situationen** szenisch dargestellt, sondern es wird auf der Symbolebene gearbeitet. Die Geschichten der Kinder im gemeinsamen Gruppenspiel haben einen Sinn für einzelne Kinder oder für die Gruppe. „*KindertherapeutInnen müssen dabei nicht jedes Symbolspiel (sofort) kognitiv verstehen*“ (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.308).
- Die LeiterInnen spielen nicht mit. Sie stehen beobachtend am Rand der Spielbühne und können „doppelnd“ in das Spiel eingreifen oder es kurz einfrieren. Die Co-LeiterInnen können auf Wunsch der Kinder mitspielen.

- Neben der eigentlichen therapeutischen Arbeit mit den Kindern wird auf die **Netzwerkarbeit** besonderer Wert gelegt (vgl. Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.307-309).

4.3 Ablauf der Psychodrama-Gruppentherapie mit (ADHS) Kindern

In diesem Kapitel erörtere ich, wie ich die klassische Psychodrama-Kindergruppe variere, um den Erfordernissen der ADHS-Kinder zu entsprechen.

Zunächst gehe ich noch auf meine **Zielvorstellungen** ein, die ich mit der Psychodrama-Kinderspielgruppe erreichen möchte.

1. Es geht in erster Linie darum, einen sozialen **zwischenmenschlichen Umgang** miteinander zu erlernen. Kinder erleben die Gruppe als Korrektiv ihrer unangepassten Verhaltensweisen und sie lernen diese zugunsten erwünschter Verhaltensweisen zu verändern. Wenn es ihnen gelingt, ihre Impulse zu hemmen und den anderen zu zuhören, ist das schon eine besondere Leistung.
2. Die Kinder sollen weiters lernen, sich gegenseitig zu beachten. Wenn ein Kind spricht, soll es die **Aufmerksamkeit** der anderen Kinder und der Leitung haben.
3. Ein Kind soll **ausdrücken** können, wie es ihm geht, was ihm gefällt bzw. nicht gefällt, was es am Verhalten anderer mag oder was es stört. Dadurch bekommen die GruppenteilnehmerInnen ein Feedback über ihr Verhalten.
4. Die **Sprache als willentliche Selbstregulation** einzusetzen, ist speziell für ADHS-Kinder ein wünschenswertes Ziel. Besondere Bedeutung hat die Selbstinstruktion vor der Spielphase, wenn es darum geht die eigene Rolle zu beschreiben und das Symbolspiel auszuhandeln. Das Kind sagt sich vor, wie es seine Rolle spielen will.

4.3.1 Methodenspezifische Überlegungen: Was braucht das ADHS-Kind?

Im Folgenden beschreibe ich den Gruppenablauf und ordne die methodenspezifischen Überlegungen jenen Phasen zu, in denen sie eingesetzt werden können.

Eine ganz genaue Grenzziehung der Zuordnung lässt sich für bestimmte störungsspezifische Maßnahmen nicht durchführen, da sie in alle Phasen des Gruppenablaufes hineinspielen. Ich habe dies durch die Pfeile veranschaulicht und sie jenen Phasen zugeordnet, in welche sie schwerpunktmäßig hineinpassen.

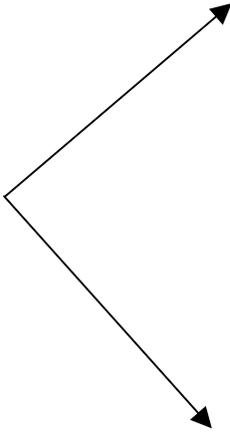
Methodenspezifische Überlegungen Was braucht das ADHS-Kind?		Phasen, in denen methodenspezifische Maßnahmen eingesetzt werden.
1. Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld	→	Soziale Bühne
2. Gruppenzusammensetzung und Indikation	→	Vor dem Gruppenstart
3. Unterschiedliche Störungsbilder	→	
4. Die Klarheit des/der Therapeuten/in	→	
5. Struktur von Zeit und Raum 6. Klare Gruppenregeln 7. Hilfe bei der Aktivierungsregulation 8. Hilfe beim sprachlichen Ausdruck 9. Spielintensitäts- und Ausdauerförderung 10. Verständnis für die Konstruktion einer Spielszene 11. Hilfe bei der Aufmerksamkeitsregulation 12. Hilfe bei der Motivationsregulation 13. Hilfe bei der Affektregulation		
14. Belohnungsaufschub	↔	Abschlussphase

Tabelle 8: Eigenerstellung: **Methodenspezifische Überlegungen**

4.3.2 Soziale Bühne

1. Methodenspezifische Überlegung: Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld

Grundsätzlich ist mit der Psychotherapie eines Kindes immer auch die Zusammenarbeit mit den Eltern verbunden. Speziell für ADHS-Kinder gilt die Zusammenarbeit mit dem gesamten sozialen Umfeld des Kindes, weil die Störung des Kindes vor allem im Kindergarten und in der Schule, also in der Gruppe auffällt. Im 2. und 3. Kapitel wurden Interaktionsprobleme mit den Eltern, den Gleichaltrigen und in der Gruppe (Kindergarten, Schule) ausführlich beschrieben. Aus psychodramatischer Sicht ist das Einbeziehen des sozialen Atoms (sozialen Umfeldes) eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Kindertherapie. Kontakte mit der Schule und anderen beteiligten Helfern (z.B. SchulpsychologInnen) können auch in Form von Helferkonferenzen abgehalten werden. Für die Zusammenarbeit mit dem Umfeld ist die Zustimmung der Eltern einzuholen. Insofern erfüllt die psychodramatische Kindergruppe den Anspruch einer multimodalen Therapie, wie sie für ADHS-Kinder gutgeheißen wird.

Ich lege sowohl bei der Diagnoseerstellung als auch während des Therapieprozesses Wert auf die Zusammenarbeit aller Beteiligten. Der Elternkontakt erfolgt regelmäßig in Form von Elterngruppen, Einzelgesprächen oder auch Telefongesprächen, wenn ein Anliegen der Eltern dringend ist. In den Elterngruppen, die ca. alle 4 bis 6 Wochen stattfinden, können sich die Eltern gegenseitig austauschen, was eine entlastende Wirkung hat. Es gibt viele Themen im Zusammenhang mit ADHS (Medikamente, Alltagsroutine, Schule, Gefühle gegenüber dem Kind, Einhalten von Regeln, Grenzen setzen usw.), über die es guttut zu sprechen. Es kann auch die eine oder andere negative Rollenkonserve im Verhalten zum Kind positiv verändert werden, indem im Rollenspiel neue Formen der Interaktion erprobt werden.

Fallbeispiel: Begegnung mit dem sozialen Umfeld

Für meine erste Einheit der Psychodrama-Elterngruppe von ADHS-Kindern hatte ich einiges für die Aufwärmphase geplant. Nachdem ich den Zweck unseres Zusammenkommens erklärt hatte und die Vorstellungsrunde beendet war, setzte ich mit soziometri-

schen Übungen fort, damit die Eltern auf diese Weise die Kinder der anderen kennen lernen: „Wer ein Mädchen hat, stellt sich in diese Ecke. Wer einen Buben hat, stellt sich in die andere Ecke“, (ein Kind/mehrere Kinder, Volksschule/Hauptschule, Auffälligkeiten im Säuglingsalter/Kindergarten/Schule: ja/nein, Medikamente: ja/nein). Dieses Zusammentreffen ist bei den Eltern sehr gut angekommen. Ich hatte mir nicht gedacht, dass ihr Bedürfnis zu reden, so dringlich ist. Ich bin mit meinen geplanten soziometrischen Übungen und dem, was ich noch geplant hatte, gar nicht durchgekommen, da die Eltern so diskussionsfreudig waren. In der Elterngruppe können sie ausdrücken, was sie schon so lange belastet. Viel diskutierte Themen sind die Gabe von Medikamenten und die Eltern-Kind-Interaktion. Ein wichtiger Aspekt der Elterngruppe ist, dass die TeilnehmerInnen spüren, sie werden von den anderen verstanden und sind mit ihren Problemen nicht alleine.

4.3.3 Vor dem Gruppenstart

2. Methodenspezifische Überlegung: Gruppenzusammensetzung und Indikation

Bevor die Gruppe starten kann, geht es um die wichtige Frage der **Indikation** und der **Gruppenzusammensetzung**. Die (ADHS) Kinder werden meist zugewiesen, weil es im Kindergarten oder in der Schule Verhaltensprobleme gibt. Wie im Theorieteil beschrieben, kann es sich aufgrund der mangelhaft entwickelten Fähigkeit zur Selbstregulation nicht in das soziale Gruppengeschehen so gut einfügen. Der Umstand, dass es Schwierigkeiten hat, sich in eine Gruppe zu integrieren, bedeutet noch nicht, das Kind in eine psychotherapeutische Kindergruppe zu nehmen.

Es ist wichtig, zu überprüfen, ob es von „*der Gruppe getragen werden kann*.“ Als Therapeutin habe ich die Verantwortung für die ganze Gruppe und muss mich fragen, ob das Thema eines Kindes (z.B. psychiatrische Auffälligkeiten, Zwänge, Ängste) von der Gruppe „*ertragen*“ wird (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.321). Es ist abzuwägen, ob es seine Probleme in der Kindergruppe bearbeiten kann, ob genug Zeit und Raum für das Ausmaß der Problematik gegeben ist, oder ob es noch den Schutz und die ungeteilte psychotherapeutische Aufmerksamkeit eines Einzelsettings braucht.

Ich überlege sehr genau, welche Kinder ich in die Gruppe nehme und wie sie zusammenpassen. Prinzipiell halte ich die Psychodrama-Kindergruppe für ADHS-Kinder sehr geeignet, jedoch nicht um jeden Preis.

Meiner Erfahrung nach hat sich die **Gruppengröße** von 6 (ADHS) Kindern positiv bewährt. Auch Aichinger (vgl.2006, S.270) gibt die Gruppengröße mit 6 Kindern an. Zwei Drittel der Kinder haben eine ADHS-Störung. Von diesen ADHS-Kindern werden in der Regel alle bis auf ein Kind zusätzlich auch medikamentös behandelt.

3. Methodenspezifische Überlegung: Unterschiedliche Störungsbilder

Nach psychodramatischem Konzept erfolgt die Zusammensetzung der Gruppe nach verschiedenen Störungsbildern. Der Vorteil der heterogenen Gruppe liegt darin, dass die Kinder voneinander lernen und sich aufeinander einstellen können. Ruhige Kinder lernen von lebhaften. Hyperaktive Kinder lernen von gehemmten. Ängstliche Kinder lernen von impulsiven, aggressiven, wütenden Kindern. Aus psychodramatischer Sicht profitieren Kinder mit unterschiedlichen Diagnosen voneinander. Ein ADHS-Kind kann ein Hilfs-Ich für ein Kind mit einer anderen Störung sein und umgekehrt. Demnach sollte in einer Kindergruppe nur ein Teil der Kinder eine ADHS-Symptomatik aufweisen. Eine reine ADHS-Gruppe wäre weder für die TeilnehmerInnen noch für die LeiterInnen tragbar, weil sonst meiner Meinung nach kein konstruktives Arbeiten möglich ist. Ich bin dann „nur“ mit dem Schlichten und Einbremsen affektiver Impulse beschäftigt und konfrontiert. Das ADHS-Kind erlebt im Laufe des Gruppenprozesses, dass ein ruhigeres Kind vielleicht besser von den anderen GruppenteilnehmerInnen angenommen wird, dass es schneller Freunde findet als es selbst mit seiner impulsiven Art und ist motiviert sein Verhalten zu ändern.

4. Methodenspezifische Überlegung: Die Klarheit des/der Therapeuten/in

Im Laufe meiner dreijährigen Arbeit mit ADHS-Kindern habe ich Erfahrungswerte gemacht, die zu meiner klaren therapeutischen Haltung beitragen.

1. Das (ADHS) Kind selbst muss in die therapeutische Kinderspielgruppe kommen wollen. Wenn es sich dagegen wehrt, treten in den Gruppensitzungen immer wieder Störungen auf. Das Kind sagt z.B. „Ich will eigentlich gar nicht in diese blöde Gruppe kommen.“ Das wirkt sich auf die anderen GruppenteilnehmerInnen, die gerne kommen, demotivierend aus. Weiters ist ein Kind, das die Gruppe ablehnt, nicht bereit sich an die Regeln zu halten. Es stört, indem es Blickkontakt zu einem anderen Kind aufnimmt und mit ihm „Aktion“ machen will. Es springt immer wieder auf, kann nicht zuhören, unterbricht in seiner impulsiven Art ständig den Gruppenverlauf.

2. Ein Kind, das sich wiederholt nicht an die wichtigste Gruppenregel: „Wir tun einander nicht weh!“ halten kann, nehme ich nach fünfwöchiger Probezeit aus der Gruppe. Ich kläre die Eltern vorher darüber auf und begründe es damit, dass ich die Verantwortung für die gesamten Gruppenmitglieder habe und ich nicht zulassen kann, dass einem Kind wehgetan wird. Vor einem Gruppenausschluss treffe ich noch folgende Maßnahmen: Besprechen des aggressiven Verhaltens in der Gruppe, wöchentliches Wiederholen der Gruppenregeln, einen Einzeltermin mit dem Kind. Wenn diese Maßnahmen nichts nützen, besteht die Gefahr, dass die Gruppe sich auflöst, weil die anderen Kinder nicht mehr kommen wollen. Die Situation ist auch deshalb schwierig, weil das Kind in der mittleren Kindheit im Konfliktfall die Perspektive des anderen noch nicht übernehmen kann (vgl. S.62,63).

3. Damit ein Gruppenausschluss möglichst im Vorfeld verhindert werden kann, nehme ich niemals ein Kind sofort in die Gruppe. Ich mache zuerst ein Erstgespräch und noch mindestens zwei Einzeltermine mit dem Kind aus, um es kennen zu lernen, Vertrauen aufzubauen und es mit den Regeln und dem Gruppenablauf vertraut zu machen. Ich möchte herausfinden, ob es fähig und bereit sein wird, Regeln und Strukturen generell anzunehmen und speziell von mir als Gruppenleiterin. ADHS-Kinder verhalten sich, wie erwähnt, im Einzelkontakt oft wesentlich unproblematischer als in der Gruppe.

4. In meiner Rolle als Therapeutin, die mit ADHS-Kindern arbeitet, muss ich einfühlsam sein, konsequent sein und Grenzen setzen können. Ich muss erreichen, dass die Kinder auf das, was ich ihnen sage, hören und die **Gruppenregeln** einhalten. Sonst läuft das Gruppengeschehen chaotisch ab. Wichtig ist aber, dass ich das, was ich von ihnen einforderte, immer begründe. Die Arbeit mit ADHS-Kindern ist am Beginn des Gruppenjahres eine Gratwanderung, so wie Schacht (vgl. S. 30 in dieser Arbeit) es für

die Regulation des Aktivierungsniveaus beschreibt. Die Eltern schicken ihr Kind zu mir, damit es lernt, sich in einer Gruppe entsprechend zu verhalten. Die Arbeit mit ADHS-Kindern ist für mich sowohl eine **psychotherapeutische** als auch eine **pädagogische** Herausforderung. Es geht um die Vermittlung von Klarheit und Struktur. Diese therapeutische Haltung muss ich während des ganzen Gruppenprozesses beibehalten.

5. Aichinger (vgl.2004, S.418) schreibt, der mühsamste Teil der Kinderpsychotherapie ist das ständige Aushandeln von Grenzen. KindertherapeutInnen benötigen diese Fähigkeit, um die Kinder vor überflutenden, destruktiven Aggressionen zu schützen.

Ausschreibung der Kinderspielgruppe: Ich biete die Kindergruppen in freier Praxis an und muss sie jedes Jahr neu ausschreiben. Ich schreibe sie unter dem Titel „Psychotherapeutische Kinderspielgruppe“ aus, da sich der anfänglich gewählte Ausschreibungstitel „Psychodrama-Gruppenpsychotherapie mit Kindern“ nicht bewährt hat, weil sich niemand darunter etwas vorstellen konnte.

In der Gruppenbeschreibung wird dann auf die Methode Psychodrama und die Gruppengestaltung kurz eingegangen. Es wird angegeben, welche Zielgruppe teilnehmen kann. Weiters werden das Alter der Kinder, Leitung und Co-Leitung, sowie Zeit (eineinhalb Stunden) und Dauer (Jahresgruppe) bekannt gegeben. Bezüglich der Dauer wird betont, dass ein Kind mit Einstieg in die Gruppe die Bereitschaft mitbringen sollte, regelmäßig und während des ganzen Schuljahres am Gruppengeschehen teilzunehmen. Ort, Kosten (Kostenzuschuss) stehen ebenfalls auf der Ausschreibung. Diese bringe ich dann an alle zuweisenden Stellen wie KinderfachärztInnen, Schulpsychologie, usw. Die psychotherapeutischen Kinderspielgruppen werden mittlerweile sehr gut angenommen.

Das **Erstgespräch** führe ich normalerweise mit Eltern bzw. einem Elternteil und Kind gemeinsam. Sollte sich aber bei der telefonischen Terminvereinbarung herausstellen, dass ein hoher Leidensdruck von Seiten der Eltern gegeben ist, frage ich, ob ihnen zunächst ein Elterngespräch alleine lieber wäre. Ich teile die Ansicht Döpfner et al. (vgl.2000, S.42), dass eine gemeinsame Exploration von Eltern und Kind Vor- und Nachteile hat. Der Vorteil liegt für mich darin zu beobachten, wie die Interaktion zwi-

schen den Beteiligten abläuft und ob es Meinungsverschiedenheiten gibt. Der Nachteil liegt darin, dass Eltern in Anwesenheit des Kindes möglicherweise Informationen zurückhalten, und dass sich das Kind schlecht fühlt, wenn die Eltern über sein problematisches Verhalten berichten, mit dem sie unzufrieden sind.

Mit den Eltern muss der Auftrag und das Ziel der Therapie sowie die Zusammenarbeit mit dem kindlichen Umfeld klar formuliert werden. Was sind die einzelnen Personen bereit zu tun, oder was können, wollen bzw. dürfen sie nicht übernehmen? *„Wo sind im sozialen Atom des Kindes genau für dieses Ziel wesentliche Personen – solche, die es blockieren könnten, aber auch Ressourcen, die vielleicht noch nicht genutzt sind“* (Pruckner 2001, S.106).

Neben der Anamnese erkundige ich mich noch über die Problematik im sozialen Umfeld, über die Art und Weise der Umwelt-Kind-Interaktionen, sowie über bereits erfolgte therapeutische oder medikamentöse Behandlungen.

Vorraussetzung mit einem Kind therapeutisch zu arbeiten ist für mich, im Erstgespräch das Gefühl zu bekommen, dass ich mit dem Kind und mit den Eltern im Laufe des Therapieprozesses eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann.

4.3.4 Dreiphasiger Aufbau der Kindergruppe

4.3.4.1 Klare Regeln und Strukturen für das Kind

Am Beginn der Gruppenarbeit werden die unterschiedlichen **Aufgaben von LeiterIn und Co-LeiterIn**, sowie Ausstiegs-, Abwesenheits- und Entschuldigungsregeln erklärt (vgl. Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.321).

5. Methodenspezifische Überlegung: Struktur von Zeit und Raum

Die **Benutzbarkeit der örtlichen Gegebenheiten** müssen klar formuliert werden. Ich arbeitete zwei Jahre in einem Gruppenraum, in dem eine „Rutsche mit Bällchenbad“ war, auf der als Abschlussritual am Ende der Stunde ein Mal gerutscht werden durfte. Auf die Einhaltung dieser Regel legte ich großen Wert, da ansonsten die Kinder immer wieder auf der Rutsche und nicht im Sesselkreis gewesen wären. Unser neuer Grup-

penraum hat keine verlockende Rutsche, so dass bzgl. des Raumes nur wenige Regeln einzuhalten sind. Jedoch liegt die Praxis in einem Gesundheitszentrum mit vielen Arztpraxen und ich muss darauf achten, dass die Kinder möglichst leise in den Praxisraum gelangen. Ich hole sie unten ab und wir gehen gemeinsam in den 2. Stock. Am Anfang brüllten und liefen die Kinder durch die Gänge. Mit Vorliebe trampelten sie zusätzlich so laut wie möglich. Den Auftrag leise zu sein, schienen sie überhört oder besser gesagt, gar nicht wahrgenommen zu haben. Damit ADHS-Kinder einen Auftrag verstehen und speichern können, ist es notwendig, beim Sprechen mit ihnen Blickkontakt aufzunehmen und dann zu überprüfen, ob sie den Auftrag verstanden haben. Sie sollen wiederholen, was sie gehört haben. Die Erfahrung zeigt, dass sie Aufträge nicht immer wiederholen können, weil sie nicht aufmerksam zuhören. Im Gedanken laufen sie schon, anstatt wahrzunehmen, was ich sage. Das muss geübt werden, bis die Kinder die Information tatsächlich in sich aufnehmen.

Die **Zeitstruktur** wie Dauer der Gruppe insgesamt (Jahresgruppe), die Dauer der Gruppeneinheit, sowie die dreiphasige Einteilung des Gruppenablaufes werden besprochen.

ADHS-Kinder erleben aufgrund der dreiphasigen zeitlichen Einteilung und der klaren Regeln bezüglich der Raumbenutzung, wie eine Situation konstruiert werden kann. *„Der dreiphasige Aufbau des Psychodramas als sich stetig wiederholendes Prinzip“* wirkt Struktur gebend für das Kind (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.321). Die Gruppe läuft immer nach dem gleichen Schema ab: Aufwärmphase, Spielphase, Abschlussphase. Da ADHS-Kinder sich mit Veränderungen und mit dem Raum-, Zeitverständnis schwertun, ist es vorteilhaft, wenn sie sich auf den Gruppenablauf einstellen können. „Zuerst reden wir im Sesselkreis, dann spielen wir, danach besprechen wir, wie dir das Spiel gefallen hat.“ Das Kind weiß, was es zu erwarten hat.

6. Methodenspezifische Überlegung: Klare Gruppenregeln

Regeln einzuhalten setzt voraus, dass ein Kind im Laufe seiner Entwicklung Kompetenzen erlernt hat, um seine Impulse zu hemmen und damit sein Handeln und sein Aktivierungsniveau zu regulieren. Wie im Theorieteil beschrieben, haben ADHS-Kinder

damit Schwierigkeiten. Regeln und Strukturen scheinen ihnen nicht wichtig zu sein. Deshalb ist es wesentlich klare Gruppenregeln festzulegen, die am Beginn des Gruppenprozesses klar definiert werden. Sie dürfen während des Gruppenprozesses nicht verändert werden. Biegler-Vitek, Riepl, Sageder (2004, S.321) schreiben: *„Das Nicht-Hinzunehmen neuer Regeln im Sinne von Anlassgesetzgebungen und Strafsanktionen ist für manche Kinder und Jugendliche eine höchst ungewohnte und heilsame Erfahrung.“*

Für unsere Gruppe gibt es drei wichtige Gruppenregeln, die auf gelben und roten Signalkarten abgebildet sind. Der Einfachheit halber werden sie hier nur in Textform dargestellt. In der Praxis bestehen die Signalkarten aus Text und Bild. Sie kommen vor allem in der Erwärmungs- und Abschlussphase zum Tragen, müssen aber während des ganzen Gruppenprozesses eingehalten werden. Die gelben und roten Signalkarten wurden von den Kindern geradezu verständnisvoll aufgenommen, weil ja auch beim Fußball die gelbe bzw. die rote Karte gezeigt wird.

Ausreden lassen!

Nicht auslachen!

Wir tun einander nicht weh!

Ausreden lassen!

Nicht auslachen!

Wir tun einander nicht weh!

Ich erkläre und begründe zunächst die gelben Karten folgendermaßen: „Du sollst den anderen ausreden lassen, denn auch du selbst möchtest in Ruhe reden können, ohne unterbrochen zu werden.“ Wenn ein anderes Kind jedoch themenbezogen etwas sagen möchte, meldet es sich mit Handzeichen und kann zum gegebenen Zeitpunkt Fragen stellen oder ähnlich Erlebtes schildern.

Beim Zeigen der roten Signalkarte wird das Kind daran erinnert, dass es, wenn es weiterhin die GruppenteilnehmerInnen und den Gruppenablauf stört, eine Auszeit zum Beruhigen haben kann. Wenn es sich nicht an die Regeln hält und in dieser Situation keine andere Reaktion möglich ist, so wird das Kind für eine bestimmte Zeit aus dem

Sesselkreis genommen, damit es sich beruhigen kann. Unerwünschtes Verhalten soll dadurch abgebaut werden. Der „Auszeit-Ort“ befindet sich neben einer Wand hinter dem Sesselkreis und besteht aus einer weichen Decke mit einem großen Eisbären darauf. Er ist bewusst angenehm gestaltet. Das Kind soll das Gefühl haben, es ist ein Ort zum Beruhigen und kein „Strafort“. Die Auszeit-Maßnahme sollte jedoch selten angewendet werden, da das Erlernen angemessener Verhaltensweisen in der Auseinandersetzung mit den GruppenteilnehmerInnen im Sesselkreis effektiver ist. Psychodramatisch gesprochen geht es um das Hineinspüren, Erleben und Aneignen einer neuen sozialen Rolle. Nur so ist Veränderung und positive Entwicklung möglich, welche die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl des ADHS-Kindes stärken.

„Das ADHS-Kind will in der Gruppe Zugehörigkeit erleben, dafür ist es bereit, seine unangepassten Verhaltensweisen zu ändern, wodurch die Kinder sowohl akzeptiert werden als auch Freunde finden können“ (Pließnig 2007, S.92, Interview: Psychotherapeutin B).

In einer der ersten Gruppensitzungen gestalten wir eine Einheit, in der jedes Kind eine der Regeln auf einem Zeichenblatt bildnerisch darstellt. Beim konkreten Gestalten sind sie konzentriert und aufmerksam, was ihnen hilft sich die Gruppenregel einzuprägen. Der Vorteil der Signalkarten liegt darin, dass die Kinder auf einen Blick sehen, was zu tun ist. Sie tragen zur Klarheit einer Handlung bei. Es wird nicht nur der auditive Wahrnehmungssinn, sondern auch der visuelle angesprochen. Die Regeln werden während mehrerer Gruppensitzungen am Anfang der Stunde wiederholt. Jedes Kind bekommt eine Signalkarte und liest die Gruppenregel vor. Ich frage, wieso wir diese Regel haben. Damit lernen sie selbst eine Begründung für die Gruppenregel auszusprechen. Das Einhalten der Regeln ist ein Lernprozess. Manche Kinder halten sich am Jahresgruppenbeginn natürlich nicht an die Regeln, was für andere Gruppenmitglieder anmierend wirkt. Doch mit der Zeit wirkt die Gruppe als Regulativ, indem sie negativ auf störende Verhaltensweisen reagiert. Im ersten halben Jahr habe ich die Signalkarten griffbereit neben mir liegen. Das Einhalten der Gruppenregeln gelingt meist im zweiten Halbjahr. Damit ist ein wichtiger therapeutischer Schritt vollzogen. Mit der Vorgabe von klaren räumlichen und zeitlichen Strukturen und zwischenmenschlichen Verhaltensregeln entspricht das Psychodrama den Bedürfnissen der ADHS-Kinder.

4.3.4.2 Erwärmungsphase

7. Methodenspezifische Überlegung: Hilfe bei der Aktivierungsregulation

Die Aktivierungsregulation ist als übergeordnete Kompetenz zu betrachten und beinhaltet die nun folgenden Regulationsmechanismen der Sprache, der Affekte, der Aufmerksamkeit, der Motivation und der Struktur von Zeit und Raum, die im weiteren Gruppenablauf ineinander fließen.

Die Regulation des Aktivierungsniveaus beginnt wie beschrieben schon am Weg zum Gruppenraum. Wenn wir diesen betreten, setzen wir uns sofort in den Sesselkreis. Dieses „sofort“ ist wichtig. Keine Gespräche mit den Eltern oder der Co-Leitung, sonst werden ADHS-Kinder unruhig und der Aktivierungslevel ist erhöht. Damit achte ich auf die Zeitstruktur (sofort) und Raumstruktur (Sesselkreis).

In der alten Praxis bestand das Problem, dass die Kinder zuerst ins „Bällchenbad“ rutschen wollten. Der Leser wird sich vorstellen können, wie „quietschvergnügt“ und hoch aktiviert die ADHS-Kinder danach auf ihren Sesseln Platz nahmen. Das habe ich gleich abgestellt, indem sie als Belohnung am Ende der Einheit einmal rutschen durften. Dadurch übten wir auch die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub.

Wir setzen uns erstmals ruhig hin. Wenn jemand fehlt, sage ich den Kindern, wer warum fehlt. Danach frage ich: „Wie geht es euch?“, „Was war letzte Woche los?“, „Was willst du erzählen?“

Am Beginn bekam das sprechende Kind immer ein Kuscheltier in die Hand. Keine gute Idee für ADHS-Kinder! Sie werfen damit herum, was Unruhe erzeugt. Unsere neue Methode ist ein Wollknäuel, welches das sprechende Kind in der Hand hält und dann weiter wirft, sodass ein **Gruppennetz** entsteht. Das Weiterwerfen zum nächsten Kind ist eine Aufmerksamkeitsübung. Es muss angesprochen und angeschaut werden.

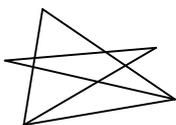


Abbildung 3: Darstellung des Gruppennetzes

Das Gespräch im Sesselkreis soll im Verlauf des Jahresprozesses ein ruhiges, sozial angepasstes Aktivierungsniveau aufweisen, damit ein Kind sprechen kann und die anderen zuhören. Zappeliges Verhalten, Unruhe und Herausschreien soll durch Einhalten der Gruppenregeln abgebaut werden. Diese wirken sich günstig auf die Selbstkontrolle, die Verhaltenshemmung und auf das Aktivierungsniveau des Kindes aus.

Die Aktivierungs- und Impulsregulation ergibt sich auch aus dem Gruppenprozess. Die Kinder sagen sehr offen, was sie an den anderen TeilnehmerInnen störend empfinden. Der Wunsch nach Zugehörigkeit einerseits und die Rückmeldungen der anderen GruppenteilnehmerInnen andererseits unterstützen die Verhaltensregulation. Psychodramatisch gesprochen, kann so Rollenerweiterung und somit Veränderung stattfinden. Die Kinder lernen im Laufe des Gruppenjahres ihre Impulse in den einzelnen Phasen zu regulieren. Im Spiel kann die motorische Aktivität spontan und doch strukturiert ausgelebt werden.

8. Methodenspezifische Überlegung: Hilfe beim sprachlichen Ausdruck

1. Wie im Theorieteil beschrieben und meine Erfahrung zeigt, haben ADHS-Kinder oft Probleme im Bereich der Sprachentwicklung und Sprachregulation. Narrationen, der innere Monolog und die **sprachliche Ausdrucksweise** wurden individuell verschieden entwickelt. Das berücksichtige ich, indem ich mit meinen Hilfs-Ich-Kompetenzen das sprachliche Niveau auszugleichen versuche. ADHS-Kinder brauchen teilweise Unterstützung in Bezug auf sprachlichen Ausdruck, um Rollen definieren zu können. Weiters im Wahrnehmen und Versprachlichen ihrer Gefühle und der Gefühle der anderen Gruppenmitglieder. Die Sprachentwicklung der Kinder wirkt sich maßgeblich auf den Gruppenprozess aus. Fantasievolle und sprachgewandte Kinder bringen fantasievolle Spiele auf die Bühne als wortkarge.

2. Manche Kinder reden nur das Notwendigste. Auf die Frage: „Wie geht es dir heute?“ antworten sie „gut“. Wenn das einige Stunden so geht, frage ich: „Wie geht es dir heute, außer gut?“ Ich versuche die Kinder durch Fragen über Erlebnisse in der Familie und in der Schule in ein Gespräch zu verwickeln. Andere Kinder haben wieder viel zu erzählen und können gar nicht aufhören. Wenn sie beendet haben, unterbrechen sie

noch das nächste Kind, weil sie etwas vergessen haben. Um impulsivem, ungehemmtem Herausreden entgegenzuwirken, habe ich in der Gruppe den „**Redenachs Schlag**“ eingeführt. Ich sage dem Kind: „Du hast schon gesprochen. Warte, bis alle dran waren, zum Schluss bekommst du noch einen Redenachs Schlag.“ Die Idee des „Redenachs Schlags“ zur sprachlichen Regulation bewährt sich sehr gut, weil ich das Kind für den Moment einbremsen kann, aber mit der Aussicht, das Seine doch noch zu sagen, ist es zufrieden. Es lernt dadurch die Befriedigung unmittelbarer Bedürfnisse aufzuschieben und seine Impulse zu hemmen. Manche ADHS-Kinder haben sprachlich und auch körperlich viel auszudrücken, weil die verbale Selbstinstruktion zu wenig ausgeprägt ist. Wenn die Kinder etwas Themenbezogenes sagen oder einen „Redenachs Schlag“ haben möchten, teilen sie mir das mit Handzeichen mit. Ich sage klar und konsequent, dass ich Herausschreien nicht akzeptiere, weil ich mich sonst nicht auf das sprechende Kind konzentrieren kann.

3. Im Verlauf des Gruppenjahres verlange ich von den TeilnehmerInnen das sprechende Kind zu beachten, ihm ungeteilt die **Aufmerksamkeit** der ganzen Gruppe zu schenken. Das ist ein anspruchsvolles therapeutisches Ziel in einer ADHS-Gruppe und umso schöner, wenn es erreicht wird.

Fallbeispiel D: Zwischenmenschliche Begegnung

D., ein zehnjähriger Bub (Integrationskind, 4. Volksschulklasse), kam in die Gruppe, weil er sich in der Schule das Verhalten des „Klassenkasperls“ zulegte. In der Gruppe machte er das in abgeschwächter Form, weil ich ihm sofort, als er damit anfangen wollte, sagte: „Das musst du da nicht machen. Das hast du da nicht notwendig.“ Er schien das zu verstehen und stieg darauf ein. Eines Tages fragte ich ihn im Sesselkreis, ob er in der Schule noch immer den „Klassenkasperl“ macht. Er verneinte. Ich fragte ihn, warum er das früher überhaupt gemacht hat. Er antwortete: „Damit mich die anderen anschauen.“ Ich sagte: „Aha, du bist also in der Klasse nicht beachtet worden und jetzt wirst du mehr beachtet?“ Er bejahte. Zur Gruppe sagte ich: „Es ist schon wichtig, dass man beachtet wird. Für jeden von uns. In unserer Gruppe will das Kind, das gerade erzählt, auch, dass ihm zugehört wird. Es will die Beachtung und Aufmerksamkeit von mir und von euch.“ Anhand dieses Beispiels hatte die Gruppe das Prinzip des Zuhörens, der sprachlichen Regulation und der gegenseitigen Beachtung verstan-

den. Seither ist das Aktivierungsniveau wesentlich besser geworden, weil speziell ein ADHS-Kind nicht mehr so oft impulsiv unterbricht, sondern ruhig zuhört. D. machte in der Gruppe die Erfahrung, dass ihm zugehört wird, und dass es mir wichtig ist, dass niemand unterbricht. Indem ich den Kindern als Psychotherapeutin vorlebe und sie die Erfahrung machen, wie es sich anspürt, Beachtung zu geben und Beachtung zu bekommen, können sie dieses Gefühl aufnehmen und auf die soziale Bühne nach außen verlagern. D. gelang es, sich in der Schule Beachtung zu verschaffen, ohne den „Kasperl“ machen zu müssen. Gerade ADHS-Kinder „schreien“ mit ihren unangepassten Verhaltensweisen nach Beachtung, weil sie oft von anderen abgelehnt werden.

Wenn wir in der Erwärmungsphase strukturierte Aufwärmspiele machen, erfolgen diese im Sesselkreis. Bei soziometrischen Übungen kehren die Kinder zurück in den Sesselkreis. Die Aufwärmphase ist Sesselkreisphase. Das bleibt gleich als Struktur- und Orientierungshilfe für die ADHS-Kinder. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um sprach- und wahrnehmungsfördernde Spiele. Zum Gruppenritual ist das Spiel: „Mein rechter, rechter Platz ist leer, da wünsch ich mir die Julia her“, geworden. Eine Variante des Spiels ist, dass Julia ein Tier imitierend herkommt. Eine nächste Variante ist, dass Julia ein Tier imitierend herkommt, das mit dem Buchstaben „J“ beginnt, also mit dem gleichen Anfangsbuchstaben wie ihr Name. Damit üben die Kinder die auditive Wahrnehmung.

Gegen Ende der Erwärmungsphase sage ich den Kindern, dass wir jetzt schon viel gearbeitet haben und uns eine Stärkung verdient haben. Die Gruppe soll dadurch etwas Mütterliches, Nachnährendes, Fürsorgliches erleben. Wir essen gemeinsam z.B. Kekse, die Gruppe wirkt dabei sehr harmonisch und wird ruhig. Wer will, kann sich schon Gedanken über die Rolle machen, die er bald spielen wird.

4.3.4.3 Spielphase

Vorbereitungsspiele für das szenische Spiel

Aufgrund sprachlicher Defizite, mangelhaft entwickelter Wahrnehmung und Selbstregulation sowie ungehemmter Affektabfuhr sind szenische Spiele mit ADHS-Kindern am Beginn schwer möglich. Daher habe ich einige Spiele entwickelt, die als Erwär-

mungsspiele für den Jahresgruppenprozess und als Vorbereitung für szenische Spiele zu betrachten sind.

Als Spielmaterial stehen den Teilnehmern Intermediärobjekte, wie Handpuppen, Playmobilfiguren, Verkleidungsutensilien zur Verfügung. Zum Einrichten der Spielbühne dienen Tücher und Sessel.

Intermediärobjekte unterstützen einerseits die Kommunikation bei problembesetzten Themen, andererseits helfen sie das Rollenrepertoire der Kinder im Symbolspiel sichtbar zu machen (vgl. Wicher 2007, S.98;106).

9. Methodenspezifische Überlegung: Spielintensitäts- und Ausdauerförderung

Da ADHS-Kinder oft getrieben sind und Dinge überspringen, wirkt sich ein genauer Szenenaufbau positiv auf die Ausdauer und Konzentration aus. Konkretes Spielmaterial hilft ihnen bei der Sache zu bleiben. Wie im Theorieteil (vgl. S.44-47) erwähnt, brauchen Kinder für die Spiel- und Aufmerksamkeitsentwicklung am Anfang konkrete Utensilien, um ihre Fantasierollen durchspielen zu können. ADHS-Kinder haben aufgrund ihrer mangelnden Impulshemmung, Ausdauer und Spielintensität möglicherweise nicht so gut spielen gelernt, deshalb brauchen sie länger konkrete Dinge (z.B. Verkleidungen) und genau bezeichnete Räume (Meine Höhle ist unter dem Tisch.). Im Psychodrama-Spiel wird ADHS-Kindern mit Hilfe der Intermediärobjekte ein Rahmen geboten, welcher ihnen hilft, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren und der somit therapeutisch wirkt. Sie werden dadurch in ihrer Spielgestaltung und Aufmerksamkeitsregulation handlungsfähiger.

Fallbeispiel: Begegnung mit dem Spielmaterial und mit dem Raum

Szenenaufbau (2 Gruppeneinheiten): Am Beginn des Gruppenjahres beginnen wir die Spielphase zunächst mit dem Szenenaufbau. Das Spiel- und Baumaterial wird begutachtet. Was gibt es denn da alles zum Spielen? Die Kinder wählen eine Handpuppe und bauen für sie ein Haus, Hütte, Höhle, wo diese eben wohnen soll. Für die Gestaltung können sich die Kinder Zeit nehmen, solange sie brauchen. In der ersten Einheit

lasse ich sie ein Haus alleine bauen, in einer zweiten können zwei Kinder gemeinsam ein Haus bauen. Bei dieser Partnerübung geht es um ein erstes Miteinander-Spielen. Die soziometrische Wahl zeigt, wer wen auswählt. Als Abschluss dieser Spielphasen gehen wir im Raum herum und bewundern die Bauwerke. Die Kinder erklären ihre Konstruktionen.

Fallbeispiele: Begegnung mit den Intermediärobjecten

Bevor ADHS-Kinder eine Spielszene gestalten können, müssen sie lernen Intermediärobjecte zu beschreiben. Es genügt nicht zu sagen: „Ich spiele einen Hund“. Auf die Frage: „Wie ist denn dein Hund?“, kommt die Antwort: „Braun.“ „Ja, wie ist er noch?“ Um eine Rolle zu übernehmen, müssen die Kinder diese genauer beschreiben können, um sie ausdauernd und konstruktiv spielen zu können. Da ADHS-Kinder sich bei der **Versprachlichung** ihrer Rollen schwertun, machen wir anfänglich Gruppenspiele zur Förderung der Rollenbeschreibung, wobei therapeutische Hilfs-Ich-Kompetenzen notwendig sind.

Tastspiel: (3. Gruppeneinheit) Verschiedene Tierhandpuppen werden hinter den Paravent gelegt. Eine Einteilung in Kategorien ist vorteilhaft. Z.B. Haustiere, Tiere aus einem bestimmten Land. Die Tiere werden betrachtet, Eigenschaften werden benannt (glatte Haut, Fell, großes Maul, usw.) und es wird mit geschlossenen Augen ertastet. Einem Kind werden dann die Augen verbunden. Ein anderes Kind sucht ein Tier aus. Das „blinde“ Kind soll das Tier ertasten und dazu sprechen. „Es hat ein Fell.“, usw.

Dieses Spiel fördert die Sprachentwicklung, weil genau beschrieben werden muss. Es fördert die visuelle Wahrnehmung, weil genau betrachtet werden muss. Es fördert die taktile Wahrnehmung, weil „blind“ ertastet werden muss.

Die nächsten zwei Spiele dienen der Rollenbeschreibung. Ich arbeite mit Stofftieren oder mit Tierbildern.

Ratespiel: (4. Gruppeneinheit) Ich lege hinter einen Paravent Tierhandpuppen/Bilder. Ein Kind sucht sich ein Tier aus und gibt es in eine Tasche, sodass niemand es sehen kann. Es übernimmt die Rolle des Tieres und tritt auf die Bühne und antwortet nur mit „ja“ oder „nein“. Die ratenden Kinder sitzen im Halbkreis. Mit Hilfe von Signalkarten, die ich jeweils zeige, werden Fragen gestellt.

Größe?	Fressen?	Lebensraum?	Oberfläche?	Fortbewegung?	Lautäußerung?
--------	----------	-------------	-------------	---------------	---------------

Bist du groß, klein, mittelgroß? Frisst du Fleisch, Gras...? Lebst du im Wald, auf dem Bauernhof, in Afrika...? Hast du ein Fell, Federn, Schuppen...? Kannst du laufen, kriechen, schwimmen...? Kannst du bellen...? Bist du ein Hund?

Das Kind, welches das Tier errät, kommt als nächstes dran.

Ratespiel: (5. Gruppeneinheit) In der nächsten Gruppeneinheit wählt der/die ProtagonistIn ein Tier und erklärt es den anderen Kindern so lange, bis sie es erraten. „Ich bin groß. Ich fresse Fische. Ich lebe im Meer. Ich habe eine glatte Haut. Ich kann schwimmen.“

Diese Ratespiele fördern die Sprachentwicklung, weil konkrete Sätze gebildet werden müssen. Sie fördern die Aktivierungsregulation, weil die Kinder der Reihe nach Fragen stellen und nicht herausschreien. Sie fördern die Aufmerksamkeit, weil die Kinder sich die Antworten merken müssen, um gezielt weiterzufragen. Sie fördern die Motivation, weil jedes Kind gerne das Tier erraten möchte, um danach dranzukommen. Sie fördern die Ausdauer, weil das nächste Kind erst dann drankommt, wenn das Tier erraten wurde.

Motopädagogik: Um der motorischen Aktivität der Kinder gerecht zu werden, aber auch um den Gruppenzusammenhalt zu fördern bzw. zu festigen, bauen wir auch Spiele aus der Motopädagogik ein. Es handelt sich dabei um Bewegungs- und Bremsspiele oder Spiele, die mit Erfahrungen des Körperschemas und der Raumorientierung einhergehen sowie Gruppenzusammengehörigkeitsspiele, gelenkte Spiele zum Aggressionsabbau, Entspannungsspiele und Wahrnehmungsspiele. Kinder üben dabei vorgegebene Regeln einzuhalten.

Szenisches Spiel

Vor Spielbeginn geht es um das gemeinsame Aushandeln des Spielthemas („Was soll heute gespielt werden?“) und der selbst gewählten Rollen der TeilnehmerInnen. „Es

wird davon ausgegangen, dass sich jenes Thema durchsetzen wird, in dem jede(r) eine Rolle finden kann. Interventionen erfolgen grundsätzlich auf der Gruppenebene“ (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.322). Auch auf Antagonistenrollen ist hinzuweisen. Ein Dieb kann nur Beute machen, wenn jemand da ist, der sich bestehlen lässt. Ansonsten wird der Dieb seine Rolle nicht zufriedenstellend erleben. Jüngeren Kindern fällt es leichter, zuerst die Rolle auszusuchen und dann das gemeinsame Spiel zu entwickeln. Auf Wunsch der Kinder erhalten zum Schluss auch Co-LeiterInnen eine Rolle. Sie werden von den Kindern eingekleidet und müssen die Rolle auftragsgemäß spielen.

10. Methodenspezifische Überlegung: Verständnis für die Konstruktion einer Spielszene

Kinder gestalten ihre Spielinhalte nicht wie Erwachsene nach dem Leidensprinzip, sondern nach dem Lustprinzip. Es wird nicht die konflikthafte Lebensrealität rekonstruiert, sondern die Problemsituation wird neu konstruiert, indem im Spiel Wünsche und Bedürfnisse ausgedrückt werden. Im „*Rollen-Symbol-Spiel*“ versuchen sie: *„eine neue innere, subjektive Konstruktion über die Welt zu wagen, mit der es sich besser leben lässt und die dem Kind neue Verhaltens- und Erlebensmöglichkeiten eröffnet“* (Fryszler 1995, S.174).

Das Besprechen der Spielszene und das Ausdifferenzieren der Rollen erfolgt mit Hilfe der TherapeutInnen und ist speziell bei ADHS-Kindern oft eine zähe Angelegenheit. Einerseits erschweren die beschriebenen sprachlichen Defizite und die mangelnde Impulshemmung die Rollenbeschreibung. Andererseits macht sich bemerkbar, dass bei manchen ADHS-Kindern die Fantasieentwicklung zu kurz gekommen ist, was sich auf die Spielinhalte und auf die Spielgestaltung auswirkt. Ein schrittweises Vorgehen mittels Signalkarten bringt Struktur in diesen Prozess. Ich erinnere daran, dass für das Rollenspiel bestimmte Kompetenzen notwendig sind, die ich bei der Spielentwicklung (S.45) beschrieben habe.

Kinder müssen ihre Rollen aufeinander abstimmen, damit ein gemeinsamer Handlungsablauf garantiert werden kann (vgl. Aichinger 1995, S.277).

Letztes Jahr hatte ich einige Kinder mit sehr viel Fantasie in der Gruppe, deshalb erfolgte die Entwicklung der Spielszene reibungsloser. Die heurige Jahresgruppe besteht aus vier ADHS-Kindern und zwei Integrationskindern, wobei ein ADHS-Kind zusätzlich nach Sonderpädagogischem Förderbedarf unterrichtet wird. Die Gruppe ist charakterisiert durch eine karge Ausdrucksweise, mangelndem Wortschatz und mangelhafte Fantasieentwicklung. Ich muss dafür sorgen, dass ein gewisses sprachliches Ausdrucksniveau zustande kommt, damit die Kinder miteinander Rollen entwickeln und spielen können. Manche Kinder wissen nicht, was sie spielen sollen und denken unendlich lange nach. Die, welche es wissen, springen auf, holen das Spielmaterial und wollen sofort spielen. Ja, aber wie spielen, wo spielen, was spielen, mit wem spielen? Die mangelnde Fähigkeit zur Impulskontrolle einerseits und die Entwicklungsverzögerung andererseits in Einklang zu bringen, war schwierig, bis ich die Idee hatte, auch für die Ausdifferenzierung der Rollen Signalkarten einzuführen.

WELCHE ROLLE ?

WIE ?

MIT WEM ?

WO ?

WAS ?

Ich halte die entsprechende Karte hoch und frage in der Runde durch. Bei manchen Punkten mache ich Vorschläge.

1. Welche Rolle willst du spielen?
2. Wie möchtest du deine Rolle spielen? Wie bist du im Spiel? Gut - böse, stark – schwach, klug – weniger klug, alt – jung, usw.?
3. Mit wem möchtest du spielen? Lebst du alleine oder mit jemandem zusammen?
4. Wo wohnst du im Spiel? Lebst du in einer Stadt, im Wald, usw.?
5. Was möchtest du spielen?

Manchmal konstruieren wir eine Spielszene in Form einer „Rundum-Geschichte“. Ich sage: „Es war einmal ein“...Die Kinder setzen fort, bis eine Geschichte entsteht.

In dieser Phase werden die Aufmerksamkeits- und die Motivationsregulation gefördert. Ich sage den Kindern, sie müssen jetzt besonders aufmerksam zuhören, damit wir miteinander eine Geschichte für ein Spiel finden und uns merken, wie jeder seine Rolle spielen wird.

11. Methodenspezifische Überlegung: Hilfe bei der Aufmerksamkeitsregulation

Die Aufmerksamkeit wird gefördert, weil die Kinder beim Auswählen ihrer Rolle und beim Aushandeln des folgenden Spiels zuhören müssen, um danach ihrer Rollenwahl entsprechend mitspielen zu können. Die Signalkarten verleihen diesem Prozess Struktur und helfen dem Kind sich jeweils auf eine Frage zu konzentrieren. Ich unterstütze die Kinder mit meinen therapeutischen Hilfs-Ich-Kompetenzen, damit wir gemeinsam geteilte Zustände der Aufmerksamkeit erleben. Ein schwieriger Prozess!

12. Methodenspezifische Überlegung: Hilfe bei der Motivationsregulation

Der Wunsch, möglichst bald zu spielen, wirkt sich motivierend auf das Kind aus. Wie im Theorieteil erwähnt, ist für die Motivationsregulation die Fähigkeit zu wünschen bedeutend. Die Tatsache, dass sich das Kind den gewünschten Zustand in seiner Fantasie innerlich vorstellen kann, wirkt motivierend. (vgl. S.49). Da Kinder motiviert zum Spielen sind, nehmen sie vorher das Sitzen und Zuhören im Sesselkreis in Kauf. Sie sind gefordert, ihre Impulsivität zurückzustecken und bei der Sache zu bleiben, auch wenn es ihnen schwerfällt zu warten, bis das Spiel beginnt. Auf diese Weise wird Selbstregulation geübt. Somit wirkt sich die psychodramatische Kindergruppe positiv auf die Regulation der Aufmerksamkeit und der Motivation aus.

Beim Aushandeln des Spiels haben sich die Kinder mittels einer soziometrischen Wahl für eines der oben angeführten Spielmaterialien entschieden. Mit dem Spielmaterial bauen die Kinder auf der Spielbühne die Szene auf. Wenn alle Fragen und der Spielablauf klar sind, beginnt „endlich“ das Spiel mit einem akustischen Eröffnungssignal. Die TeilnehmerInnen nennen ihre Rollen, die sie spielen werden. Wichtig ist auch, dass am Beginn die Bühnensituation klar ist. Bei jüngeren Kindern ist es günstig, wenn der/die LeiterIn das Symbolspiel erzählend einleitet: „Es war einmal...“

Die Rollen beim Symbolspiel kommen oft aus der Tier- und Märchenwelt. Die Kinder können sich damit eine Distanz zu realen Lebenssituationen verschaffen. Jugendliche hingegen spielen oft Soziodramen, die sich im wirklichen Leben auch so abspielen könnten. Mit Hilfe der Soziodramen können Kinder zu differenzierteren Perspektivenübernahmen gelangen. Während des Spiels steht der/die TherapeutIn beobachtend am Rand der Spielbühne. Gegebenenfalls interveniert er/sie mit Hilfe der Psychodrama-Techniken oder friert das Spiel kurz ein. Im Symbolspiel wird nach dem Motto: „**So tun als ob**“ gespielt. Niemand darf verletzt werden. Die Kinder können in der geschützten Gruppensituation ihre Gefühle ausleben (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.322,323).

13. Methodenspezifische Überlegung: Hilfe bei der Affektregulation

Symbolspiele haben eine therapeutische Wirkung, weil das Kind durch die spielerische Verarbeitung eine gewisse Distanzierung zum Problem erfährt, wodurch es zur Regulation des emotionalen Erlebens kommt. Das Kind hat die Möglichkeit sich mit seinem Erleben in seiner Welt auseinanderzusetzen. In der Fantasie kann es für sich eine Quasi-Realität herstellen und es kann Lösungen für seine Schwierigkeiten finden. Unangenehme Erfahrungen werden verarbeitet, indem eine belastende Situation z.B. mit einem Intermediärobjekt solange durchgespielt wird, bis es zu einer Veränderung kommt (vgl. Schacht 2003, S.119).

Nach Hildegard Pruckner (vgl.2001, S.85) hat das Kind ein Recht darauf, eine Rolle so oft gespielt zu bekommen, wie es sie wünscht und braucht.

Wenn es das ADHS-Kind schafft, seine Emotionen (Aggressionen, Wut, Angst) passend und angemessen in einer Szene auszudrücken, bedeutet das bereits eine gewaltige Leistung in Bezug auf Emotionsregulation. Das Psychodrama legt Wert darauf, dass spielerisches Handeln situationsgerecht erfolgt. Darin besteht eine wichtige therapeutische Wirkung für die Kinder. ADHS-Kinder drücken allerdings im Spiel emotionale Affekte oft impulsiv, als bloße Affektabfuhr aus.

Wie im Theorieteil beschrieben, hat das ADHS-Kind aufgrund des schwierigen Temperaments und wegen schlecht entwickelter Regulationsmechanismen Probleme, zielge-

richtet zu handeln und eigene Rollenerwartungen zu signalisieren. Es drückt eigene undifferenzierte Rollenwartungen mit wütend verzweifelten, impulsiven Affekten aus, weil es nicht in der Lage ist, diese selbst zu verstehen, zu verbalisieren und zu regulieren. Nach Selman handelt es auf Niveau 0, nach dem Motto „*Alles oder Nichts*“. Diese werden einerseits von den Eltern und der Umwelt bestraft, andererseits verschafft sich das Kind dadurch auch Beachtung (Schacht, Skript 2007, S.33, 34).

In der Gruppe machen wir deshalb Spiele, in denen Kinder ihre Affekte ausdrücken können. Nach genauen Anweisungen kämpfen jeweils zwei Kinder mit Schaumstoffrollen, wobei sie nicht ins Gesicht oder auf den Oberkörper schlagen dürfen. Dabei wird sehr viel Wut und Aggression ausgedrückt. Kinder lernen so ihre Aggressionen in **kontrollierter Form** auszuleben und nicht blindlings zu zuschlagen. Im Psychodrama gehen wir davon aus, dass in der Gruppe ausgelebte Affekte mit der Zeit nicht mehr im wirklichen Leben ausgedrückt werden müssen. Das Kind verändert allmählich sein Rollenverhalten in der Realität und die Umwelt reagiert darauf.

4.3.4.4 Abschlussphase

In der Reflexions- und Integrationsphase können die erlebten Emotionen sprachlich ausgedrückt und reflektiert werden, was wiederum zur Emotionsregulation beiträgt.

Das Spiel sollte wieder mit einem akustischen Signal ca. 20 Min. vor Gruppenschluss enden, damit noch genügend Zeit zum Wegräumen, für die Abschlussreflexion und für die Abschiedsrituale bleibt. Besonders bei ADHS-Kindern ist auf einen stressfreien, ruhigen Ablauf zu achten, damit sich nicht eine aufschaukelnde Dynamik entwickelt.

In der Wegräumphase besteht bei ADHS-Kindern die Gefahr, dass es chaotisch wird, weil ihnen die Übergänge schwerfallen. Jetzt wäre Gelegenheit, sich nach Lust und Laune zu bewegen, nicht zuzuhören, die Requisiten im Raum herumzuschleudern, sich mit einem zweiten Kind am Boden herumzuwälzen, die Tücher zusammenzuknüllen und von Weitem in die Tasche zu werfen, sodass sie halb drinnen, halb draußen sind. Der Lärmpegel ist hoch, die TherapeutInnen kaum zu verstehen. Wichtig ist, zu jedem Kind hinzugehen, es an der Hand zu nehmen, das Entrollen vorzunehmen und jedem Kind gezielte Anweisungen zu geben. Du räumst die Matte weg, usw. Der/die TherapeutIn muss dabei sehr konzentriert und konsequent sein.

Endlich wieder im Sesselkreis geben die Kinder ihr Rollenfeedback in der Form ab, dass sie berichten, was ihnen in ihrer Rolle gut und was ihnen weniger gut gefallen hat bzw. ob sie sich über etwas oder jemanden geärgert haben. Co-LeiterInnen geben ihr Rollenfeedback zuletzt ab. Ich teile den Gruppenmitgliedern mit, was ich beobachtet habe. Ob ein Kind seine Rolle so gespielt hat, wie es sich eingekleidet hat oder ob es im Spiel die Rollenqualität verändert hat, ob eine Handlung in der Spielszene situationsgemäß gespielt oder ob sie nur kurz angespielt wurde.

„Eine Rückbindung einzelner Rollen an die aktuelle Lebens- und Gruppensituation ist grundsätzlich möglich. Der/die LeiterIn kann wahrgenommene Rollenerweiterungen mitteilen“ (Biegler-Vitek, Riepl, Sageder 2004, S.323).

14. Methodenspezifische Überlegung: Belohnungsaufschub

Den Belohnungsaufschub führe ich zum Schluss an, obgleich der „Redenachschatz“ in den Gesprächsrunden und die Spielphase selbst als Belohnung zu zählen sind. Die Vorbereitung zum Symbolspiel ist als Übung zum Belohnungsaufschub zu betrachten.

Als Abschlussritual ist in meiner Gruppe eine Übung aus der Motopädagogik sehr beliebt. Wir heben und senken gemeinsam (Zusammengehörigkeitsgefühl fördernd) ein großes Tuch im Rhythmus der Musik. Variationen dazu sind: Zwei gegenüberstehende Kinder laufen unter dem Tuch durch und wechseln die Plätze. Luftballone werden auf dem Tuch bewegt. Aus dem Tuch wird eine „Kuppel“ oder eine „gespannte Glasplatte“.

Dann sucht sich jedes Kind einen Aufkleber aus und klebt ihn auf seine Anwesenheitskarte. In der alten Praxis durften sie „endlich“ ins „Bällchenbad“ rutschen. In der neuen Praxis bekommen sie ein Zuckerl zum Abschied und wir begleiten die Kinder „leise“ zu den wartenden Eltern ins Erdgeschoss.

4.3.4.5 Prozessverlauf zweier ADHS-Kinder

Ich möchte nun den jeweiligen Jahresprozessverlauf zweier ADHS-Kinder beschreiben. Eine Jahresgruppe verläuft konform mit dem Schuljahr, d.h. sie beginnt immer im September und endet im Juni des darauffolgenden Jahres. Die Gruppe besteht aus

vier Buben und zwei Mädchen. Die Kinder sind im Alter von 6 bis 9 Jahren. Vier TeilnehmerInnen, davon drei Buben und ein Mädchen haben eine ADHS-Diagnose. Die anderen zwei Kinder, davon ein Bub und ein Mädchen weisen sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen auf, haben Selbstwertprobleme oder Schwierigkeiten Freunde zu finden.

Im ersten Halbjahr ging es darum, in der Erwärmungs- und Abschlussphase die Gruppenregeln kennenzulernen und einzuüben. Die Spielphase genossen die Kinder von Anfang an. Ab dem zweiten Halbjahr war es eine Freude mit den Kindern zu arbeiten, die Gruppenregeln funktionierten, es gab kaum Verhaltensprobleme.

Prozessverlauf: Fallbeispiel E.

Diagnose: F90, Hyperkinetische Störung. Die Aufmerksamkeitsstörung steht im Vordergrund.

E., ein achtjähriges Mädchen, kam mit ihrer Mutter zum Erstgespräch. Sie besuchte damals die 2. Volksschulklasse. Die Mutter hatte auch die Schultasche mitgebracht und zeigte mir anhand der Hefte, was E. alles nicht schafft. Ich sah mir kurz die nicht fertig gestellten Schulübungen an und sagte beiden, dass bei mir nicht gelernt, sondern nur geredet und gespielt wird. E. warf mir daraufhin einen interessierten Blick zu. Die Mutter, eine nette, herzliche, junge Frau, Alleinerzieherin, beschrieb E`s Verhalten als unaufmerksam und unkonzentriert. Sie könne keine Ordnung halten, habe außer dem Nachbarsbuben keine Freunde, ihre ältere Cousine bewundere sie, mit ihrem jüngeren Halbbruder und Cousin gehe sie herrisch um. Sie sei fordernd, eifersüchtig und wolle immer im Mittelpunkt stehen. In der Früh wird sie nie fertig, weil sie so langsam ist und vergisst sich anzuziehen. In der Schule schaut sie verträumt in die Luft, arbeitet nicht mit, die Hausübungen sind eine Katastrophe. E. bekam immer wieder Wutanfälle, wenn etwas nicht nach ihrem Willen verlief und schrie dann herum, dass niemand sie lieb hätte. Die Beziehung zur Mutter war problematisch, obwohl sie ihr Grenzen setzte. Die junge Mutter ging arbeiten und die Großeltern kümmerten sich sehr um E.

Schwangerschaft und Geburt waren normal. Als Säugling zeigte sie kaum Temperamentsauffälligkeiten, außer dass sie schon immer stur war. Die physiologische Regula-

tion (Schlaf- und Essrhythmus) funktionierte gut. Die motorische und sprachliche Entwicklung erfolgte zeitgerecht, die Sauberkeitsentwicklung zog sich bis zum Kindergartenalter hin. Zu diesem Zeitpunkt kam es zur Trennung mit dem Kindesvater, den sie in unregelmäßigen Abständen besucht und gerne mag. Die Probleme gingen im Kindergarten los.

Beim Erstgespräch verhielt sich E. ruhig und malte ein schönes Bild. Die Mutter wollte mit einer schulpsychologischen Testung noch abwarten. Diese erfolgte einige Monate später, wobei die ADHS-Diagnose bestätigt wurde. Der Kinderpsychiater verschrieb ihr Ritalin. Es zeigten sich Veränderungen im Verhalten und in der Schule, welche die Angehörigen sehr positiv aufnahmen.

E. kam zweieinhalb Monate zu mir in Einzeltherapie (Mitte April bis Juni), bevor sie im darauffolgenden September in die Gruppe kommen sollte. In der Einzeltherapie zeigte sie sich auf der Begegnungsbühne fordernd. Das Gefühl für Nähe und Distanz bereitete Probleme. In der Spielphase brauchte sie sehr lange für den Szenenaufbau, wodurch das eigentliche Spiel oft zu kurz kam. Sie ärgerte sich, wenn sie zu spielen aufhören musste, weil die Zeit um war. Die Zeitstruktur einzuhalten, musste geübt werden.

In der Gruppe verhielt sie sich zu meinem Erstaunen in der **Aufwärmphase und Abschlussphase** eher schüchtern und verunsichert. Aussagen über ihr Befinden und Rollenfeedback fielen anfänglich sehr knapp aus. Es gehe ihr gut und das Spiel habe ihr gut gefallen. Viel mehr schien sie im Sesselkreis nicht ausdrücken zu können.

Auf der **Spielbühne** verhielt sie sich längere Zeit ähnlich wie in der Einzeltherapie. Sie brauchte lange, um ihre Spielrequisiten zu finden und die Spielszene aufzubauen. Sie wählte immer wieder dieselbe Rolle: ein Mädchen namens Kathi. Wenn mit Playmobilfiguren gespielt wurde, wählte sie immer dieselbe Figur. Einmal, als sie diese nicht finden konnte, war sie verzweifelt und kam vor lauter Suchen nicht zum Spielen.

Das Spielen derselben Rolle und die Auswahl derselben Figur waren ritualisiert. Diese Rolle gab E. anfänglich Sicherheit. Mit Veränderungen haben ADHS-Kinder Schwierigkeiten. Ihre mangelhaft entwickelte Aufmerksamkeitsregulation der realen Bühne findet sich auf der Spielbühne wieder. Beharrlich nimmt sie sich im Spiel die Zeit, die sie braucht und drückt dadurch den Widerwillen gegen den Zeitdruck, den sie von Seiten der Mutter empfindet, aus. Ein Verständnis für die Zeitkonstruktion fehlt ihr. ADHS-

Kinder brauchen lange, um ihre Handlungen durchzuführen, weil sie Schwierigkeiten mit dem Verfolgen ihrer Handlungspläne haben.

E. spielte oft mit V., dem anderen Mädchen der Gruppe zusammen. V. spielte im Gegensatz zu E. sehr fantasievolle Rollen, z.B. Hundepinzessin, Braut, Jane (Tarzans Frau), Westernreiterin, Sängerin, reiches Mädchen und reiche Frau. E. hingegen spielte untergeordnete Rollen, Hase, Maus und Hund, gegenüber V. In ihrer Rollenwahl richtete E. sich nach V. Sie hatte in der ersten Zeit kaum Ideen, ihre Rollen selbst zu gestalten. Teilweise ließ sie sich von V. sagen, wie sie ihre Rollen spielen sollte, was ihre mangelhafte Entscheidungsfähigkeit widerspiegelt.

Anfang März kam es dann zu einer Veränderung in der Rollenwahl. E. grenzte sich gegenüber V. ab. V. spielte eine Braut, die noch dazu gekidnappt wurde. Alles drehte sich um V. Sie erlebte in ihrer Rolle als Braut, dass sie gemocht wird. E. hingegen wählte die Rolle der Verkäuferin, die im Gegensatz zu allen anderen nicht auf die Hochzeit gehen mochte. Im Rollenfeedback sagte sie: „Ich muss nicht unbedingt überall dabei sein.“ Außerdem ärgerte sie sich über zwei Buben, weil die „das Geschäft“ leer kaufen wollten, sie aber wollte manche Dinge behalten. Sie nahm mit dieser Rolle als Verkäuferin auf der Spielbühne eine Abgrenzung vor und probierte eigene Ideen in ihre Rolle einfließen zu lassen.

In der übernächsten Stunde spielte E. den bösen Wolf und V. das Rotkäppchen. Es hat ihr gefallen, die Großmutter und das Rotkäppchen zu fressen. Dass ihr danach der Bauch aufgeschnitten wurde, gefiel ihr weniger. Im Rollenfeedback konnte sie artikulieren, was ihr im Spiel nicht gelang umzusetzen, nämlich das Einhalten ihrer körperlichen Grenzen.

In einer der nächsten Einheiten kreierte wir unser Spiel aus einer „Rundum-Geschichte.“ Jeder sagt einen Satz im Sesselkreis, bis eine Geschichte entsteht. Da die Geschichte und das darauf folgende Spiel sehr schön wurde und sich auch für E`s Entwicklung eine Veränderung ergab, möchte ich sie hier wiedergeben.

„Es war einmal ein Doktor, der hatte einen Arztkoffer. Es gab auch eine reiche Frau (V.), die hatte 2000 Millionen € und eine Limousine. Die reiche Frau hatte einen Hund (E.), der Luna hieß. Die beiden lebten in einem großen Haus neben dem Wald. Im Wald gab es einen Uhu, der alles überblickte und in der Nacht herumflog. Er war sehr nett. Der Doktor rettete die Leute. Er war gut und hatte ein Auto. Er hieß Dr. K. Die rei-

che Frau hieß „Serpai“. Sie war 18 Jahre und hatte einen Bruder, der in Los Angeles lebte. Sie fuhr in den Sommerferien mit dem Hund nach Griechenland in ihr eigenes Hotel. Der neunzehnjährige Bruder Jack kam unerwartet zu Besuch und überraschte seine Schwester und den Hund. Der Uhu flog auch nach Griechenland. Der Doktor kam in alle Häuser, aber nur, wenn er abgeholt wurde. Er lebte in einem blauen Haus in Griechenland.“

V. spielte die reiche Frau. E. wählte wieder eine untergeordnete Rolle und spielte deren Hund, der sich jedoch im Spiel als sehr aggressiv herauskristallisierte.

Rollenfeedback: Ich sagte zu E., ich hätte bemerkt, dass der Hund im Spiel seinem Frauchen nicht gehorcht habe. E. meinte, sie wüsste selber nicht warum. Dann stieß sie mit lauter Stimme hervor: „Die hat dauernd gesagt, was ich tun soll. Alles hat mich an ihr gestört. Der bunte Rock, die gestreifte Jacke...“ Ich fragte E., ob es ihr im Hundepool gefallen habe. E.: „Nicht ganz. Mir hat nicht gefallen, dass die da so viel Geld gehabt hat. Mir hätte das Geld gehören sollen.“ Ich sagte zu E. „Das kannst du beim nächsten Spiel gerne spielen.“

E. drückt im Spiel die Ablehnung gegen Anweisungen aus. Auf der sozialen Bühne erlebt sie ständig die Unzufriedenheit über ihr Verhalten und die Forderung in Alltags- und Schulsituationen schneller und aufmerksamer zu reagieren, so wie andere Kinder. Das zu tun, ist aber schwierig für sie.

Außerdem empfand sie als Hund der reichen Frau eine Wut, weil sie im Spiel selbst gerne eine reiche Frau gewesen wäre, sich aber wieder mit der untergeordneten Rolle des Hundes begnügt hatte. Nachher, in der Abschlussphase gelang es E., ihren Ärger auszudrücken. Es gelang ihr hier erstmals, ihre Wut zur Sprache zu bringen, entsprechende Handlungsmuster müssen jedoch erst entwickelt werden, damit sie ihre eigenen Ziele/Rollen verwirklichen und somit ihre Konflikte wirkungsvoll lösen kann. Versprachlichung gelingt über narrative Geschichten. Indem sie sagte: „Mir hätte das Geld gehören sollen“ und ich ihr antwortete: „Das kannst du beim nächsten Spiel gerne spielen“, ist ein erster Schritt in diese Richtung gemacht.

Jedoch wählte E. in der nächsten Stunde wieder die Rolle des Hundes. Die Rolle brauchte noch eine Wiederholung, damit der Rollenwechsel zur reichen Frau gelingen kann. Dieser vollzog sich in einer der darauf folgenden Stunden mit Hilfe eines mitgebrachten Intermediären Objektes. Es war aus Papier selbst gemacht und wirkte auf

mich wie ein großer Mund mit vielen Zähnen. Ich setzte mich in der Aufwärmphase neben E. und bemerkte, dass da auch ein Gesicht draufgezeichnet war. Ich unterhielt mich mit ihr, was so ein Mund alles kann: „Essen und reden.“ „Ob er wohl viel zu erzählen hat oder nicht gerne redet?“ Ich fragte sie, was das eigentlich ist, Bub oder Mädchen? Sie meinte: „Irgendetwas“. Da schaltete sich P. ein und sagte: „Das schaut aus wie eine Figur von einem Computerspiel. Da ist ein Mann mit gefärbten Lippen.“ F., unsere „Plaudertasche“ aus der Gruppe, meinte: „Da kann man eine Familie machen.“ Die Kinder wussten Bescheid und unterhielten sich. Ich kenne das Spiel nicht und wusste überhaupt nicht, worum es ging. Die Kinder halfen E. beim Verbalisieren. Da sagte E.: „Das ist die Leiterin von einem Hotel.“ „Ja, das ist es“, dachte ich und hüpfte innerlich vor Freude. Ich fragte sie, ob sie die vielleicht heute gerne spielen möchte. Sie bejahte und die Gruppe stieg auf das Spiel ein. Die Spielszene wurde entwickelt und die Rollen ausdifferenziert. E. spielte eine nette, reiche Hotelbesitzerin, die einen lieben kleinen Hund hatte, der allerdings „ein Hündchen für alles war“ und sehr viel konnte. (Koffer tragen, servieren). Das Hotel hatte 5 Stockwerke, eine Rezeption, eine Sonnterrasse, einen Wasserfall, einen Speisesaal mit Bühne und Klavier, auf dem jeden Abend ein Musiker spielte und ein Gästezimmer mit einem sehr zufriedenen Gast.

Rollenfeedback: Die Rolle gefiel ihr sehr gut, das Beste war der Wasserfall. Dort hat es sich E. gut gehen lassen. Ich bestätigte sie sehr in ihrer neuen Rolle der reichen Frau. Die Co-Leiterin schilderte in allen Einzelheiten, wie wohl sie sich als Gast unter der Obhut der reichen Hotelbesitzerin gefühlt hatte. Alles hat gepasst.

Mit der Unterstützung der Kinder und mit Hilfe des Intermediären Objektes gelang E. die Versprachlichung ihres Rollenwunsches, auch einmal etwas Besonderes zu sein. Sie konnte eine neue Handlung in Form einer für sie neuen Rolle ausprobieren. Im Rollenfeedback wurde dann die neue Rolle gemeinsam reflektiert, und damit in ihr Rollenrepertoire aufgenommen. Auf diese Weise entsteht Rollenerweiterung.

Die Gruppentherapie zeigte allmählich Wirkung. Auf der einen Seite erhöht das Medikament die Konzentration des Kindes und die Impulsivität verringert sich. In der Gruppe kann auf der anderen Seite das geringe Selbstwertgefühl des ADHS-Kindes erhöht werden, indem es erlebt, dass es selbst etwas bewirkt. Es empfindet: „Ich bin doch gar nicht so schlecht! Ich bewirke etwas. Ich steuere mein Verhalten. Ich bin Regisseur

meiner selbst und nicht die Impulsivität.“ Der Aufbau des Selbstwertes und das Gefühl der Selbstwirksamkeit haben zur Folge, dass das Kind in der Gruppe Freunde findet, dass es ein Zuordnungs- und Zusammengehörigkeitsgefühl erlebt.

Ein Gespräch mit ihrem Lehrer bestätigte die positive Veränderung von E. sowohl in schulischer als auch in psychischer Hinsicht. Auf der Schullandwoche gelang ihr, das in der Gruppe Erarbeitete auch nach draußen in die Schulgruppe zu transferieren. Sie fand Freundinnen und bei Spielen im Turnunterricht wird sie gewählt. Als „role giver“ wirkt sie offener auf die anderen. Jedoch bedarf es bei E. noch einiger Zeit des Übens in der geschützten Gruppe, bis sie selbst mehr Vertrauen in ihre Rollenentwicklung gewinnt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass E. als Antagonistin von V. neue Rollen entwickeln kann, die sich positiv auf ihren Selbstwert auswirken.

Wie man in der Kindertherapie oft erlebt, werden Rollen im Gruppenprozess oft wiederholt, bis Veränderung möglich ist. Wenn es einem Kind gelingt, seinem Bedürfnis Sprache zu verleihen, ist Rollenerweiterung möglich.

Prozessverlauf: Fallbeispiel F.

F., Diagnose: F90, Hyperkinetische Störung

Typisch für den Buben waren eine mangelhafte Selbstkontrolle und ein Mangel, sein Verhalten und seine Impulse zu hemmen.

Zum Zeitpunkt des Erstgespräches war F. sechs Jahre und ging in die erste Klasse. Als Kleinkind hat er viel geschrien, war schwer zu beruhigen und schlief wenig. Die Mutter berichtete über heftige Wutanfälle ihres Kindes und Probleme mit Gleichaltrigen seit der Kindergartenzeit. Auch in der Schule schlug er sich mit anderen Schülern, weshalb er abgelehnt wurde. Es gab immer wieder Klagen von Seiten der Eltern seiner Mitschüler. Ein Elternabend wurde wegen F. einberufen. Das Verhalten des ADHS-Kindes macht der Umwelt oft Angst.

Es kam auch immer wieder zu Auseinandersetzungen mit seiner jüngeren Schwester. Die Mutter gab an, dass sie lange Geduld habe, aber irgendwann wird es ihr zu viel und sie beginnt zu schimpfen. Laut Kindesmutter fehlte dem Kindesvater von Anfang

an der richtige Zugang zu seinem Sohn. Die Schulpsychologin meinte, es herrsche ein inkonsequenter Erziehungsstil.

Von seiner Art her wirkt F. sympathisch, dennoch ist es gut vorstellbar, dass die Lehrerin und die Schülergruppe froh sind, wenn er einmal fehlt, weil er dann nicht stört.

Ich mag F. sehr gerne und hatte von Anfang an einen guten Zugang zu ihm. Er ist interessiert, fragt sehr viel und hat einen großen Wortschatz, obwohl er nicht so leicht zu verstehen ist, weil er zu schnell spricht.

In der Kindergruppe soll er zunächst lernen, sich an die Gruppenregeln zu halten. Ich halte den oben beschriebenen strukturierten Ablauf und die Rituale förderlich für Veränderungen in seinem Verhalten.

Am Beginn fiel es F. nicht leicht, die Regel: „Nicht unterbrechen“ einzuhalten. Er ist eine „Plaudertasche“ und wollte sofort und überall seine Meinung kundtun. Er störte die anderen Teilnehmer, weil er ständig dreinredete und unruhig auf seinem Stuhl herumrutschte. Im Gegensatz zu E. wollte er unheimlich viel erzählen. Irgendwann sagte ich zu ihm: „Lass die anderen fertig erzählen, zum Schluss bekommst du noch einen Redenachschatz.“ Seitdem ist bei uns der Begriff „Redenachschatz“ eingeführt, den auch andere Kinder nutzen. Die Aussicht einen „Redenachschatz“ zu bekommen, half F. den Impuls zu hemmen, sofort zu reden oder zu handeln.

In der **Spielphase** ging es bei F. darum, die Anteile, welche in der Aufwärm- und Integrationsphase störten, in Form von Rollen auf die Spielbühne zu bringen.

Die Rollenentwicklung verlief bei ihm in drei Schritten.

1. Zunächst spielte er böse, wilde, kämpfende und störende Rollen: Rennautodieb, Hausdieb, böser Dieb, Krokodil, Karatekämpfer, Autoklauer, Ninjakämpfer.
2. Im nächsten Schritt bemühte er sich, seine guten Anteile in Rollen zu zeigen, was noch nicht ganz gelang: Polizeichef, der Stärkere; König, der anschafft; guter Ninjakämpfer, Geißlein.
3. Im dritten Schritt seiner Rollenentwicklung wählte er strukturierte Rollen: Polizist, Polizeichef. Dadurch kam er zu einer inneren Struktur. Mit der Rolle als Hänsel übernahm er sogar die Struktur für Gretel, indem er nicht nur für sich selbst, sondern auch für eine zweite Person sorgte. Es folgten weitere strukturierte

rierte, fürsorgliche Rollen: Rettungsmann und Krankenwagenfahrer. Mit seiner Rolle des Klavierspielers, wählte er die Rolle des Künstlers, der sich den anderen präsentiert, um für sein Handeln/Wirken Anerkennung zu bekommen. Diese Rolle hat ihm besonders gut gefallen, allerdings hatte er „Brummeln im Bauch“ vor seinem Auftritt.

Indem es gelingt, die störenden Anteile seines Verhaltens auf die Spielbühne zu bringen, gelingt es F., auch in der Aufwärm- und Integrationsphase länger zu zuhören. Immer interessierter verfolgt er das Gespräch der anderen, ja er beteiligt sich sogar erinnernd und korrigierend daran. „Du hast das letzte Mal gesagt, heute spielen wir mit den Handpuppen.“ Oder er sagte zu einem neuen Gruppenmitglied: „Mir ist es am Anfang auch schwer gefallen, nicht zu unterbrechen.“ Er schaffte es auch, seine Rollenentwicklung in den Alltag und in sein soziales Atom zu transferieren. Wurde ihm im Herbst noch von Seiten der Schule mit dem Ausschluss aus der Nachmittagsbetreuung gedroht, so gab es am Ende der ersten Klasse durchaus positive Rückmeldungen über sein Verhalten in der Schule. Auch die Wutanfälle zu Hause legten sich.

Im Vergleich zu F. wird es bei E. noch einige Zeit in der Gruppe dauern, bis die Rollenentwicklung gefestigt ist. Die Sicherheit und das Vertrauen in die neu erlernten Rollen müssen noch wachsen. Bei ADHS-Kindern ist davon auszugehen, dass sich eine sichtbare Veränderung nach etwa zwei Jahren zeigt.

5 ZUSAMMENFASSENDE ERGEBNISSE

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft geht man von einer genetisch bedingten neurobiologischen Ursache bei der Entstehung von ADHS aus.

Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwäche zählen zu den Kernsymptomen der ADHS, das eigentliche Kernproblem liegt nach Barkley (2005) in der mangelnden Hemmung von Impulsen.

Erziehungsfehler zählen nicht zu den primären Ursachen der ADHS, sie spielen jedoch für den Ausprägungsgrad der ADHS-Entwicklung eine maßgebliche Rolle. Aufgrund der genetischen Disposition (schwieriges Temperament, mangelnde Impulshemmung) können sich problematische Umwelt-Kind-Interaktionen ergeben, sich selbstverstärkende „Teufelskreise“ in der Erziehung können die Folge sein. Dadurch kann das Kind wichtige Kompetenzen zur Handlungsregulation nicht optimal entwickeln. Bei gelingenden Interaktionserfahrungen verläuft die Entwicklung des ADHS-Kindes positiver.

Döpfner (2000) geht von einem biopsychosozialen Erklärungsmodell der ADHS aus. Demzufolge hält man heute eine multimodale Behandlung, die sich aus Stimulanzientherapie, Psychotherapie und Interventionen im kindlichen Umfeld zusammensetzt, am effektivsten.

In meiner Master Thesis ging es mir darum, vor dem Hintergrund der ADHS-Theorie ein psychodramatisches Verständnis für die Entwicklung des ADHS-Kindes (Schacht 2003) aufzuzeigen und basierend darauf, methodenspezifische Interventionen für eine ADHS-Kinderspielgruppe zu entwickeln. Damit möchte ich die Psychodrama-Gruppenpsychotherapie als mögliche Behandlungsform für ADHS-Kinder vorstellen.

Ausgehend von den derzeit angewandten Techniken der Psychodrama-Kindertherapie und meinen praktischen Erfahrungen mit dem ADHS-Kind, stelle ich methodenspezifische Überlegungen an, die den Bedürfnissen des ADHS-Kindes entsprechen. Mit den von mir entwickelten spezifischen Interventionen gehe ich auf die mangelhaft entwickelten Regulationsmechanismen der Selbstregulation, des Aktivierungsniveaus, der Affekte, der Aufmerksamkeit, der Motivation, der Sprache, der Spielintensität und Ausdauer ein. Die Zusammenarbeit mit der sozialen Umwelt, eine klare therapeutische Haltung bzgl. der Therapieziele und der Gruppenzusammensetzung sind Vorausset-

zungen für eine effektive Arbeit mit ADHS-Kindern. Der strukturierte Aufbau der Psychodrama-Therapie und die konsequente Forderung, die begründeten Gruppenregeln einzuhalten, geben dem Kind eine klare Orientierung und helfen ihm bei seiner Aktivierungsregulation und Selbstregulation. Weiters wirken die regulierenden Reaktionen der GruppenteilnehmerInnen. Die Psychodrama-Kindergruppe bietet dem ADHS-Kind den geschützten Raum und die Zeit, das Gefühl der Zusammengehörigkeit zu erleben. Der Wunsch nach Zugehörigkeit hilft ihm dabei, seine unangepassten Verhaltensweisen zu verändern, um von den anderen Kindern akzeptiert zu werden und Freunde zu finden. Somit findet Rollenerweiterung statt. Mit den angebotenen Spielrequisiten und Intermediärobjekten werden Spielintensität, Ausdauer und Aufmerksamkeit gefördert. Das Aushandeln der Spielszene und Ausdifferenzieren der Rollen erfordert Sprach-, Aufmerksamkeits- und Motivationsregulation, die das Kind aufgrund des Spielwunsches und spezieller methodischer Interventionen allmählich entwickelt. Der „Redenachschlag“ in der Gesprächsrunde, der Spielwunsch und die Rituale am Ende der Gruppeneinheit wirken sich auf den Belohnungsaufschub positiv aus. Spezielle Spielangebote dienen dem Aggressionsabbau. Im „*Rollen-Symbol-Spiel*“ erfolgt Emotionsregulation durch die spielerische Verarbeitung emotionell belastender Erfahrungen. In der Reflexionsphase werden diese Gefühle versprachlicht, was zur Folge hat, dass die Kinder ihre Bedürfnisse und Wünsche besser wahrnehmen und zukunftsorientierter handeln lernen.

Therapeutische Ziele sind das Erlernen angemessener sozialer Interaktionen, die Hemmung von Impulsen und Stärkung des Selbstbewusstseins. Das ADHS-Kind soll Therapieerfahrungen nach außen in seine Umwelt transferieren und dadurch positivere soziale Interaktionserfahrungen machen können.

Ich hoffe, mit meiner Arbeit einen Beitrag zu leisten, die Psychodrama-Kinderspielgruppe als wirksame Behandlungsmethode bei ADHS-Kindern anzuerkennen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aichinger, Alfons** (1995): Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern. In: Petzold, H.; Ramin, G. (Hg.): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn, 271–293
- Aichinger, Alfons** (2004): Psychodrama in der Psychotherapie mit Kindern. In: Von Ameln, F.; Gerstmann, R.; Kramer J. (Hg.): Psychodrama. Berlin, Heidelberg, 414– 424
- Aichinger, Alfons** (2006): Zurück zum Ursprung. In: Bosselmann, R.; Lüffe-Leonhardt, E.; Gellert, M. (Hg.): Variationen des Psychodramas. Kiel, 268–291
- Barkley, Russell A.** (2005): Das große ADHS–Handbuch für Eltern. Bern
- Becker, Katja; Wehmeier, Peter. M; Schmidt Martin H.** (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Stuttgart
- Blanz, Bernhard; Döpfner, Manfred; Fleischmann, Jürgen; Herpertz-Dahlmann, Beate; Huss, Michael; Martinius, Joest; Neubauer, Bernd; Remschmidt, Helmut; Resch, Franz; Rothenberger, Aribert; Schmidt, Lutz G.; Schwab, Matthias; Skrodzki, Klaus; Warnke, Andreas** (2005) a: Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“ – Langfassung. In Bundesärztekammer (Hg.). Verfügbar unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf> (26.09.2008)
- Blanz, Bernhard; Döpfner, Manfred; Fleischmann, Jürgen; Herpertz-Dahlmann, Beate; Huss, Michael; Martinius, Joest; Neubauer, Bernd; Remschmidt, Helmut; Resch, Franz; Rothenberger, Aribert; Schmidt, Lutz G.; Schwab, Matthias; Skrodzki, Klaus; Warnke, Andreas** (2005) b: Fragen-Antworten-Katalog / Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“. In Bundesärztekammer (Hg.). Verfügbar unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3162#4>
(26.09.2008)
- Biegler-Vitek, Gabriele; Riepl, Roswitha; Sageder, Thomas** (2004): Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen. In: Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard (Hg.): Psychodrama–Therapie. Ein Handbuch. Wien, 306-325

- Dornes, Martin** (2001): Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main
- Döpfner, Manfred; Schürmann Stephanie; Lehmkuhl Gerd** (1999): Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim
- Döpfner, Manfred; Frölich, Jan; Lehmkuhl, Gerd** (2000): Hyperkinetische Störungen. Göttingen
- Fryszner, Andreas** (1995): Das Spiel bleibt Spaß. Kinder inszenieren Psychodrama anders als Erwachsene. In: Psychodrama 2/95. Köln, 169-187
- Haselbacher, Helmut** (2004): Die Instrumente des Psychodramas. In: Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard (Hg.): Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch. Wien, 208-221
- Imhof, Margarete; Skrodzki, Klaus; Urzinger, Marianne S.** (2000): Aufmerksamkeitsgestörte, hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. Donauwörth
- Lauth, Gerhard W.; Schlottke Peter F.** (2002): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim
- Neuhaus, Cordula** (2002): Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Stuttgart
- Neuhaus, Cordula** (2003): Das hyperaktive Baby und Kleinkind – Symptome deuten – Lösungen finden. Berlin
- Pließnig, Sabine** (2007): Netzwerkarbeit bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung unter Berücksichtigung der gängigen Therapieformen und einer Untersuchung der therapeutischen Wirksamkeit der Methode Psychodrama. Diplomarbeit. Klagenfurt
- Pruckner, Hildegard** (2001): Das Spiel ist der Königsweg der Kinder. München
- Remschmidt, Hemut; Schmidt, Martin; Poustka, Fritz** (Hg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, 33–47
- Rossi, Piero** (2001): Exekutivfunktionen in Zusammenhang mit der ADHS. Verfügbar unter: <http://www.adhs.ch/ashs/diagosik/ef-diag.htm> (29.04.2009)

- Schacht, Michael** (2003): Spontaneität und Begegnung – Zur Persönlichkeitsentwicklung aus der Sicht des Psychodramas. München
- Schacht, Michael** (2004): Entwicklungstheoretische Skizzen. In: Fürst, Jutta; Ottomeyer, Klaus; Pruckner, Hildegard (Hg.): Psychodrama–Therapie. Ein Handbuch. Wien, 114–127
- Schacht, Michael:** (2007): Psychodramatische Störungsmodelle und Therapieansätze vor dem Hintergrund des Modells der Spontaneität-Kreativität. Skript für das Modul 1 und 2 im Upgrade (2) – Universitätslehrgang Psychotherapie auf der Donau–Universität Krems
- Vernooij, Monika A.** (1992): Hampelliese - Zappelhans. Problemkinder mit Hyperkinetischem Syndrom. Bern
- Wender, Paul H.** (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart
- Werneck, Harald; Rollett, Brigitta** (1999): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie am Beispiel der Temperamentsentwicklung. Verfügbar unter: <http://www.epsy15.psy.univie.ac.at/Referat.Fribourg99.pdf> (16.04.2009)
- Wicher, Monika** (2007): Erlebnis Gruppe – Psychodramagruppen für traumatisierte Kinder und Jugendliche im stationären Setting. Master Thesis. Graz