

Teil III

3. Therapie der ADHS

3.1. Pharmakotherapie

In der psychopharmakologischen Behandlung der hyperkinetischen Störung stellen Psychostimulantien die Medikamente der ersten Wahl dar. In den USA wurden 1994 etwa 80 % der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung mit Methylphenidat behandelt. Als die wirksamsten Substanzen gelten Methylphenidat, D- Amphetarnin und Peemolin. Zusammengenommen haben sich in über 170 Studien an mehr als 5000 Kindern etwa 70 % bis 85 % der Patienten als sogenannte Responder auf mindestens eines der drei Stimulantien erwiesen. Methylphenidat (Ritalin®, Medikinet®) ist das wirksamste und am weitesten verbreitete Psychostimulanz. Seine chemische Struktur ist verwandt mit den Neurotransmittern Dopamin und Noradrenalin (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

Methylphenidat bewirkt eine Freisetzung von Dopamin aus Reserpin-sensitiven Granula, so dass Dopamin vermehrt im synaptischen Spalt zur Verfügung steht und mit präsynaptischen Autorezeptoren und postsynaptischen Rezeptoren interagiert. Die Wirkung auf das dopaminerge System scheint allerdings bei niedrigen Dosen ausgeprägter als bei hohen Dosen zu sein. Methylphenidat bewirkt auch eine Hemmung der Wiederaufnahme des Serotonins und der Katecholamine an der Synapse (Garattini und Mennini, 1988) sowie eine Hemmung der Monoaminoxidase (Mefford und Potter, 1989). Es hat mit 3,3 Stunden eine relativ kurze Halbwertszeit. Die maximalen Plasmaspiegel werden in der Regel nach einer Stunde erreicht, es wird schnell resorbiert und passiert auch schnell die Bluthirnschranke. Methylphenidat wird wenig an Plasmaproteine gebunden und mittels Deesterasen zur Ritalinsäure abgebaut, was 80% des oral eingenommenen Methylphenidats ausmacht (Trott, G.-E. & Wirth, S. 1995. 209).

Dabei sind diese Wirkungen nicht in jedem Einzelfall erreichbar. Außerdem sind sie abhängig nicht nur von der verabreichten Menge, sondern auch von der Dauer der Behandlung. Es kann zu Gewöhnungserscheinungen kommen, es können Nebenwirkungen auftreten.

Wenn Verhaltensstörungen mit Medikamenten behandelt werden sollen, dann reicht es nicht aus zu erwarten, es soll besser werden. Es muss klarer definiert werden, welches Verhalten gebessert werden soll - die Zappeligkeit, die Rechenleistungen, die allgemeine Schulunlust, die Aggressivität, das Trotzverhalten, die mangelnde Bereitschaft, sich abends zu waschen und beizeiten ins Bett zu gehen. Schön wäre es, wenn es gegen alle diese

Schwierigkeiten dauerhaft wirksame Medikamente gäbe. Aber das ist nicht der Fall - wie allgemein bekannt. Dennoch erwarten Eltern (und Lehrer) nicht selten von einer medikamentösen Behandlung die rasche und vollständige Behebung aller erzieherischen Schwierigkeiten mit ihrem Kind und sind enttäuscht, wenn dies nicht eintritt. Sie übersehen dann in dieser allgemeinen Enttäuschung, dass unter der medikamentösen Behandlung in Teilbereichen durchaus Besserungen eingetreten sind, aber ihre unrealistische Erwartungshaltung verstellt ihnen den Blick dafür (Czerwenka, Kinze, 1997).

1.1.1. Dosierung und Dauer der Behandlung

Methylphenidat ist im Gegensatz zu diesen pflanzlichen Produkten länger wirksam, dafür jedoch in seinem Wirkungseintritt langsamer. Die Wirkung beginnt nach etwa einer halben Stunde und hält vier bis sechs Stunden an. Im Allgemeinen ist eine Tablette zu 10 mg für den Vormittag ausreichend, erforderlichenfalls muss mittags noch eine weitere Dosis für die Nachmittagsstunden gegeben werden. Es gibt Kinder, bei denen niedrigere Dosierungen wirksam sind, und es gibt Kinder, bei denen wesentlich höher zu dosieren ist. Auch kann die Wirkung der einzelnen Medikamentengabe bei einigen Kindern deutlich länger als sechs Stunden anhalten. Es ist deshalb notwendig, die Dosis unter ärztlicher Anleitung für den Einzelfall festzulegen und sich nicht nur nach der Packungsbeilage zu richten.

Erfahrungsgemäß tritt die Wirkung schon nach der ersten Einnahme auf, zumindest wird die Richtung deutlich. Deshalb kann im Allgemeinen nach einer Woche bereits beurteilt werden, ob das Medikament hilft oder nicht. Wenn die Stimulantienbehandlung Erfolg zeigt, sollte sie fortgesetzt werden. Es ist dabei durchaus sinnvoll, zunächst nur an den Schultagen das Medikament zu geben. Wenn es sich jedoch für die Stabilisierung des Verhaltens als günstig erweist, kann auch an den Wochenenden und während der Ferien Ritalin gegeben werden. Zu empfehlen ist, wenigstens jährlich einen Auslassversuch zu unternehmen, also das Medikament abzusetzen und zu überprüfen, ob sich Leistungen und Verhalten wieder verschlechtern. Ist dies der Fall, muss die Behandlung weitergeführt werden.

Erfahrungsgemäß ist es nur bei wenigen Kindern erforderlich, die Stimulantienbehandlung über die Pubertät, also etwa über das 15. Lebensjahr, hinaus fortzusetzen. Auch dies ist möglich. In den meisten Fällen kommt es jedoch im Laufe der Entwicklung zu einer Stabilisierung bzw. nicht mehr zu einer Verschlechterung, wenn das Medikament abgesetzt wird.

Es waren und sind unterschiedliche Präparate im Handel, die alle auf das Gehirn eine aktivierende Wirkung ausüben (sollen) - Amphetamin, Amphetaminil, Fenetyllin, Pemolin, Koffein, Deanol. Diese Medikamente sollten aber allenfalls dann eingesetzt werden, wenn eine positive Reaktion des Kindes auf Stimulantien feststellbar ist, Ritalin aber z. B. wegen allergischer Reaktionen nicht vertragen wird. Dies kommt in der Praxis allerdings kaum vor (Czerwenka, Kinze, 1997).

1.1.2. Wirkung der Medikamente

Wenn das Kind zu der Gruppe gehört, die günstig auf die Einnahme von Stimulantien reagiert, wird es nach der Medikamentengabe insgesamt ruhiger, leistungsfähiger und auch im Verhalten besser angepasst. Es kann länger still sitzen, zappelt nicht mehr soviel, ist auf Aufgaben besser einstellbar, kann sich besser konzentrieren und länger durchhalten. Es ist nicht mehr so leicht störbar, weniger reizbar, insgesamt friedlicher. Es kann dadurch aber nicht sofort besser rechnen, richtiger schreiben, systematischer lernen und seine Sachen in Ordnung halten.

Es ist durch das Medikament nicht intelligenter geworden, hat also nicht sein geistiges Leistungsniveau wesentlich verbessert. Aber es hat jetzt deutlich bessere Voraussetzungen, seine vorhandenen Leistungsmöglichkeiten einzusetzen, um erfolgreicher zu lernen und sich sozial angepasster zu verhalten. Mühe und Fleiß lassen sich nicht durch ein Medikament ersetzen, weder beim Kind noch bei seinen Erziehern.

Genauere psychologische Untersuchungen zeigen, dass unter Stimulantieneinwirkung bei Konzentrationsaufgaben das Leistungstempo ansteigt, ohne dass sich die Fehlerquote zu erhöht. Unterschiede werden rascher erfasst, die Merkleistungen verbessern sich. Dies trifft für Mädchen und Jungen in gleicher Weise zu und ist weitgehend unabhängig vom Intelligenzniveau. Schwerer konzentrationsgestörte Kinder verbessern ihre Leistungen relativ stärker als weniger Gestörte, erreichen aber zumeist keine völlige Normalisierung. In der Selbsteinschätzung mittels normierter Fragebögen verändern sich die Kinder nur geringfügig. In der Fremdeinschätzung durch ihre Eltern bzw. Erzieher in der Freizeit werden sie als ruhiger, angepasster, besser einstellbar und ausdauernder bei Spiel und Beschäftigung eingestuft. Aber auch hier wird keineswegs immer eine Normalisierung erreicht. Die Lehrer schätzen die mit Stimulantien behandelten Kinder im Unterricht als weniger unruhig, weniger störbar, einordnungsbereiter und insgesamt leistungsfähiger ein. Aber auch hier

gibt es zahlreiche Ausnahmen bis hin zu ausgeprägter Widersetzlichkeit und zunehmender Hyperaktivität.

Insgesamt lassen die Erfahrungen mit Stimulantienbehandlung eine Unterteilung in drei Gruppen zu:

1. Es gibt hyperaktive Kinder - bezüglich ihrer Häufigkeit liegen die Angaben der einzelnen Untersucher zwischen 20 % und 50 % -, bei denen kommt es zu raschen und eindrucksvollen Verbesserungen. Die Eltern und Lehrer berichten, das Kind sei wie ausgewechselt, ruhig, friedlich und leistungsbereit. Auch für den Arzt sind das die erfreulichsten Fälle. Das Kind nimmt die Freude der Erwachsenen mit Gelassenheit zur Kenntnis, endlich haben sie nicht mehr so viel an ihm auszusetzen. Sich selbst erlebt es offensichtlich nicht wesentlich verändert - schließlich hat es sich schon immer bemüht, es allen recht zu machen.
2. Bei wenigstens der Hälfte der hyperaktiven Kinder sind die Stimulantienwirkungen nicht so eindrucksvoll. Es kommt zwar zu Verbesserungen in den Konzentrationsleistungen, auch die allgemeine Unruhe lässt etwas nach. Aber man muss schon genauer hinsehen, um diese Veränderungen wahrzunehmen. Immerhin sind dadurch die Lernvoraussetzungen zu verbessern, im Verhalten gibt es weniger Schwierigkeiten, die Gesamtsituation des Kindes entspannt sich. Zur genaueren Beurteilung sind wiederholte Einschätzungen mittels standardisierter Fragebögen hilfreich, weil sie den Blick schärfen für erreichte Teilerfolge und dadurch Mut machen, die Behandlung fortzuführen und vor allem auch in den begleitenden erzieherischen Bemühungen nicht nachzulassen.
3. In einem Prozentsatz, der je nach Zusammensetzung der untersuchten Kinder und der eingesetzten Beurteilungsverfahren mit 10 und 50% angegeben wird, zeigen die Stimulantien keine oder zumindest keine für das Kind und seine Bezugspersonen bedeutsamen Wirkungen. In diesen Fällen ist eine Weiterbehandlung sinnlos und kann nach der Probephase von ein bis zwei Wochen beendet werden. Bei einigen hyperaktiven Kindern, die prozentualen Angaben liegen zwischen 10 und 20%, kommt es unter Stimulantien zu einer Zunahme von Unruhe und Reizbarkeit. Sie wirken gehetzt, fahrig, unausgeglichen und unzufrieden. Mitunter auch depressiv verstimmt, weinerlich und zurückgezogen. In diesen Fällen ist die sofortige Verringerung der Dosierung um wenigstens die Hälfte ratsam. Wenn dies keine

günstigen Veränderungen bringt, ist der Behandlungsversuch abubrechen (Czerwenka, Kinze, 1997).

3.1.3. Die Nebenwirkungen von Methylphenidat

Methylphenidat ist in Bezug auf das ADS das Medikament erster Wahl. Kinder, die das Medikament aufgrund der Diagnose ADS bekommen, nehmen relativ geringe Dosen zwischen 5 und 20 mg. In diesen Dosen zeigt es im Vergleich zu anderen Wirkstoffen weniger schwerwiegende Nebenwirkungen. In einigen Fällen können eine Verringerung des Appetits und damit eine Gewichtsabnahme eintreten. Deshalb sind zumindest zu Beginn der Behandlung wöchentliche Gewichtskontrollen ratsam. Unter experimentellen Bedingungen ist eine Beeinflussung der Wachstumshormone durch Stimulantiengabe beobachtet worden. Umfangreiche klinische Nachuntersuchungen haben jedoch eine Verminderung des Längenwachstums auch unter mehrjähriger Stimulantienbehandlung ausschließen können.

Bei zu hohen Dosen kann es zu Kopfschmerzen, größerer Nervosität, stärkerem Herzschlag einem vermehrten Auftreten von Tics kommen. Tics sind kurzdauernde, unwillkürliche, unzuweckmäßige Muskelbewegungen, die wiederholt auftreten und nur für kurze Zeit unterdrückt werden können. Dabei kann es auch zu Lautäußerungen kommen. Häufige Tics sind z.B. Blinzeln, Nase rümpfen oder Räuspern. Einschlafstörungen können auftreten, wenn auch am Nachmittag Ritalin gegeben wird.

Studien zu den Langzeitwirkungen von Methylphenidat stehen noch aus. Der Göttinger Neurobiologe Gerald Hüther schließt nicht aus, dass pharmakologische Eingriffe im Kindesalter dauerhaften Einfluss auf die Struktur des sich entwickelnden Gehirnes haben. Er vermutet, dass es als Langzeitfolge zu einer unzureichenden Ausbildung jener Gehirnstrukturen kommt, die den Botenstoff Dopamin freisetzen. Dies wiederum könne zum Krankheitsbild des Parkinson-Syndroms führen. Zu dieser Hypothese muss man jedoch einschränkend erwähnen, dass Gerald Hüther sie bisher lediglich auf die Ergebnisse von Tierversuchen stützt. Immer wieder taucht die Frage auf, ob die Behandlung mit Methylphenidat dazu führt, dass die behandelten Kinder und Jugendlichen später eher Drogen nehmen, umfangreiche Untersuchungen in Amerika und Europa haben gezeigt, dass hyperaktive Kinder, die mit Ritalin behandelt wurden, als Jugendliche und Erwachsene nicht häufiger drogenabhängig werden als der Durchschnitt der Bevölkerung. Eine bahnbende Wirkung der Stimulantienbehandlung im Kindesalter für spätere Drogenabhängigkeit ist also

nicht nachweisbar - auch wenn es leider immer wieder einzelne Fälle geben wird, die wegen Hyperaktivität im Kindesalter mit Stimulantien behandelt wurden und später Alkohol- oder drogenabhängig werden. Dabei ist sicher auch zu berücksichtigen, dass hyperaktive Kinder häufiger Konfliktsituationen ausgesetzt sind, mehr schulische und berufliche Schwierigkeiten haben und schon von daher zu dem Personenkreis gehören, der in erhöhtem Maß zum Substanzmissbrauch neigt. Aus der klinischen Erfahrung heraus sind jedoch keine Fälle bekannt, in denen hyperaktive Kinder von sich aus die Medikamentendosis gesteigert haben oder beim Absetzen des Präparates Entzugserscheinungen ausbildeten. Im Allgemeinen sind sie froh, wenn die Behandlung beendet werden kann.

Es gibt in der Literatur einige Hinweise und auch die praktische Erfahrung zeigt, dass Kinder und Jugendliche die Medikamente oft nur ungern nehmen. Leider werden die Gedanken und Gefühle, die Kinder und Jugendliche zu ihrer Krankheit und den Medikamenten haben, selten ernst genommen. In Ratgebern wird empfohlen, Zuschreibungen wie "ich will das nicht, die Pille lernt, nicht ich." oder "Ich bin so blöd, dass ich das brauche" mit "erklärender Korrektur" zu begegnen. Ich persönlich zweifle jedoch daran, dass solche Deutungen von Kindern auf einer rationalen Ebene "wegerklärt" werden können. Vermutlich werden sie dann einfach nicht mehr offen geäußert. Leider wurde in diesem Bereich bisher wenig geforscht, obwohl hier zum Wohle der Kinder großes Interesse bestehen sollte. So muss es jedoch noch offen bleiben, welchen Einfluss die Medikamentengabe auf das Selbstbild der Betroffenen hat (Raschendorfer, 2003).

3.2. Möglichkeiten von Diätbehandlungen bei hyperkinetischen Störungen

Zusammenhänge zwischen der Ernährung und Verhaltensstörungen werden seit Rowes Monographie über Nahrungsmittelallergien aus dem Jahre 1931 vermutet. Seither ist der Einfluss der Ernährung auf das Verhalten in vielen Berichten untersucht worden. Trotzdem bleibt dieses Thema kontrovers, wofür nicht zuletzt uneinheitliche Definitionen und wissenschaftlich nicht geprüfte Hypothesen verantwortlich sind.

Die Ernährung kann sich unterschiedlich auf das Verhalten auswirken. Man unterscheidet folgende Möglichkeiten:

1. Nahrungsmittelunverträglichkeit (d. h. eine reproduzierbare physische oder psychische Reaktion nach Einnahme eines bestimmten Nahrungsmittels, die

unabhängig davon eintritt, ob sich der Patient des Nahrungsmittels bewusst ist oder nicht.

2. Psychologisch bedingte Reaktion auf ein Nahrungsmittel. Die Reaktion tritt nur dann ein, wenn sich der Patient der Einnahme des betreffenden Nahrungsmittels bewusst ist.
3. Interaktionen zwischen diesen beiden Möglichkeiten.

Als Goldstandard zur Unterscheidung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und psychologisch bedingten Reaktionen auf Nahrungsmittel gilt der Doppelblindversuch. Mit Doppelblindversuchen wurden folgende Hypothesen geprüft: (a) die Feingold-Hypothese, (b) die Phosphat-Hypothese und (c) die Allergie-Hypothese.

(a) Feingolds Hypothese

In den 70er Jahren propagierte Feingold eine Diät ohne Salicylate und ohne Farbe und Konservierungsstoffe. Diese Hypothese wurde in zahlreichen, mit hohem Aufwand geplanten und durchgeführten Doppelblindstudien geprüft (Conners, 1976; Harley, 1978; Williams, 1978; Weiss, 1980; Swanson, 1980; Thorley, 1984). Obwohl einzelne dieser Studien signifikante Ergebnisse erzielten, insbesondere auf das Lernverhalten betroffener Kinder (Swanson et al., 1980), war der Konsensus aller Studien, dass zwar einzelne Patienten auf Salicylate und andere Nahrungsmittelzusätze reagierten, die meisten jedoch unter dieser Diät keine Besserung erfuhren. Trotz dieser enttäuschenden Untersuchungen hat Feingolds Hypothese vor allem in den Vereinigten Staaten, in England und in Australien viele Anhänger gefunden. Obwohl diese Studien sorgfältig geplant und durchgeführt wurden, ist ihre Aussage aus heutiger Sicht durch folgende Tatsachen beeinträchtigt:

1. In allen Studien zu Feingolds Hypothese wurde in der Annahme von Sofortreaktionen getestet. Reaktionen, die erst nach Stunden oder Tagen auftraten, wurden nicht berücksichtigt, obwohl diese nach neueren Untersuchungen bei weitem überwiegen.
2. Keine der Studien zu Feingolds Hypothese hat zwischen Placebo - Arm und Verum - Arm des Doppelblindversuches eine Auswaschphase eingeschaltet, was zu Übertragungsfehlern führen musste, die aber wegen des Studiendesigns (weil nur auf Sofortreaktionen geachtet wurde) nicht erkannt und nicht berücksichtigt wurden.
3. Als Trägersubstanz für Placebo und Verum wurde in der Mehrzahl der Studien zu Feingolds Hypothese Schokolade in Form von Keksen oder Getränken verwendet,

was eventuelle Reaktionen verschleiern musste; nach heutigem Wissen kann Schokolade selber hyperkinetisches Verhalten auslösen.

(b) Die Phosphat Hypothese

In Deutschland wurde die sogenannte phosphatarme Diät populär (Hafer, 1978, 1984; Roy-Feiler et al., 1978). Eine kontrollierte Studie (Mainzer Studie) hat gezeigt, dass sich das Verhalten hyperkinetischer Kinder unter einer phosphatarmen Kost bei der Hälfte der Kinder besserte, sich aber die Verhaltensstörung durch Gabe von Phosphaten nicht reproduzieren ließ. In einer weiteren, vor kurzem abgeschlossenen eigenen Studie zur Phosphat Hypothese wurde 38 Kindern mit nahrungsmittelinduziertem hyperkinetischem Syndrom zunächst in offener Versuchsanordnung Phosphor in Kapseln als Natriumdihydrogenphosphat, Kaliumpolyphosphat und Tetranatriumpyrophosphat während 5 Tagen in einer Dosierung von über 400 mg Phosphor täglich gegeben. Dreizehn Kinder, deren Eltern im offenen Versuch eine Zunahme des hyperkinetischen Verhaltens berichteten, testeten anschließend die gleiche Menge Phosphat in derselben Zusammensetzung in einem mit Placebo kontrollierten, gekreuzten und randomisierten Doppelblindversuch. Dabei ergab sich weder im Elternurteil noch in der Beurteilung des betreuenden Arztes ein signifikanter Unterschied zwischen aktivem Material und Placebo. Auch mittels der Beurteilung über die Conners-Skalen und Aufmerksamkeitstestungen konnte kein Unterschied festgestellt werden (Egger et al., 1994). Obwohl die Ergebnisse dieser Untersuchungen die Hypothese, dass Phosphat in Nahrungsmitteln hyperkinetisches Verhalten auslösen könne, nicht bestätigten, ergab eine Analyse der Ernährungsprotokolle, die von den Müttern der 38 Patienten während einiger Wochen vor Beginn der Diätbehandlung geführt wurden, dass diese Kinder wenigstens doppelt so viel Phosphat einnahmen, als es den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht .

(c) Die Allergie Hypothese

Mit Diätbehandlungen nach dem Prinzip der Allergie- Hypothese, welche annimmt, dass bei entsprechend sensibilisierten Patienten jedes Nahrungsmittel Verhaltensstörungen auslösen kann, wurde in kontrollierten und doppel blind durchgeführten Untersuchungen eine signifikante Besserung des Verhaltens hyperaktiver Kinder beobachtet. Betroffene Kinder erhielten zunächst 3-4 Wochen lang eine oligoantigene Diät, die aus nur wenigen und erfahrungsgemäß inerten Nahrungsmitteln besteht. Bei einer eindeutigen Besserung wurden

im Anschluss die entzogenen Nahrungsmittel einzeln und im Abstand von mehreren Tagen Zug um Zug der Diät wieder zugesetzt. Nahrungsmittel, die reproduzierbar hyperkinetisches Verhalten oder andere Symptome einer Nahrungsmittelunverträglichkeit, wie Bauch- und/oder Kopfschmerzen, auslösten, wurden in einem Doppelblindversuch geprüft und dann vermieden. Essentielle Nahrungsmittel, wie Milch oder Getreide, wurden, falls sie Probleme auslösten, durch andere ersetzt, wie z. B. Kuhmilch durch Ziegenmilch, Schafsmilch, Soja oder Hydrolysate. In dieser Versuchs Anordnung lösten synthetische Nahrungsmittelzusätze, wie Farb- und Konservierungsstoffe, am häufigsten Verhaltensprobleme aus. Kaum waren jedoch jemals nur diese Substanzen involviert, in der Regel spielten auch Nahrungsmittel wie Kuhmilch, Schokolade, Käse, Getreide, Ei, Zitrus usw. eine Rolle.

Unter Vermeidung provozierender Substanzen ließ sich das Verhalten bei 50 % bis 80 % der hyperkinetischen Kinder beeinflussen, wobei sich dies in einer Studie (Egger et al., 1985) allerdings nur bei 31 % normalisierte. Ein Nichtansprechen der Diätbehandlung wurde signifikant häufiger bei Kindern beobachtet, deren Familien mit psychosozialen Problemen belastet waren (Egger et al., 1985). Die in offenen Studien erzielten Ergebnisse konnten in den Placebo- Placebo-kontrollierten Doppelblindstudien bestätigt werden (Egger et al., 1985; Carter et al., 1993; Boris et al., 1994). In allen Studien hatten die Eltern eine klare Präferenz für Placebo.

Mittels Langzeit-EEG und Elektroculographie beobachteten Kiefer et al. (1992) bei Patienten mit nahrungsmittelinduzierten hyperkinetischen Störungen unter Vermeidung von provozierenden Nahrungsmitteln eine signifikante Zunahme des REM-Schlafes und eine Abnahme der Aufwachphasen, was ebenfalls einen positiven Einfluss auf Konzentrations- und Merkfähigkeit haben könnte.

Kinder, bei denen nur eine Besserung und keine Normalisierung des Verhaltens erzielt wurden, mussten außer mit Diät nach dem Prinzip der multimodalen Therapie (Verhaltensmodifikation, Psychostimulantien, Konzentrationstraining, Bewegungstherapie usw.) behandelt werden, um das bestmögliche Ergebnis zu erreichen (Egger, J. 1995, 128-135).

3.3. Multimodale Therapie

Aus zahlreichen Studien weiß man heute, dass einzelne Maßnahmen - psychologische, medizinische oder pädagogische - meist nicht in ausreichendem Maße eine erfolgreiche Behandlung darstellen oder das ADS-Kind oft gar nicht erst erreichen können (z. B. bei stark ausgeprägter Symptomatik ohne medikamentöse Behandlung). Die Komplexität der Symptomatik (im Bereich der Aufmerksamkeit, der Selbststeuerung, des Arbeitsverhaltens, der motorischen Umsetzung etc.) in den unterschiedlichsten Lebensbereichen (Familie, Schule, Freizeit) fordert daher ein multimodales Behandlungskonzept. Darunter ist im Allgemeinen eine enge Kooperation verschiedener Institutionen und Disziplinen - Schule (Lehrkräfte und Schulleitung), (Fach-)Ärzte (meist Kinder- und Jugendärzte und/ oder Kinder- und Jugendpsychiater), Therapeuten und bei Bedarf Einrichtungen der Jugendhilfe - gemeint, die in enger Abstimmung den betroffenen Kindern und ihren Familien helfen (Schröder, A. 2006).

In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit einer Kombination von Stimulantienbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie und im Unterricht (u. a. Firestone et al., 1981; Pelham et al., 1985; Kolko et al., 1999), oder mit kognitiven Trainings (u. a. Abikoff und Gittelman, 1985; Cohen et al., 1981) oder durch eine Kombination aller drei Interventionsformen (Horn et al., 1991; Lalongo et al., 1993; MTA Cooperative Group, 1999a,b) untersucht. Die Mehrzahl dieser Studien weist auf eine gegenüber einer ausschließlichen Stimulantientherapie geringfügig erhöhte Wirksamkeit multimodaler Interventionen hin. Gittelman und Mitarbeiter (1980) konnten eine größere Effektivität der Kombinationsbehandlung (verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie und der Schule plus Stimulantientherapie) gegenüber Stimulantientherapie alleine weder durch Verhaltensbeobachtungen im Unterricht noch bei den durch Lehrer beurteilten Aufmerksamkeitsstörungen und den Auffälligkeiten im Sozialverhalten belegen. Bei der Verminderung der durch Lehrer beurteilten motorischen Unruhe war die multimodale Behandlung der Stimulantientherapie allerdings überlegen. Auch in der groß angelegten "Multimodal Treatment Study Children with ADHD", in der insgesamt 579 Kinder mit hyperkinetischen Störungen behandelt wurden (MTA Cooperative Group, 1999) konnte keine höhere Wirksamkeit der multimodalen Behandlung gegenüber einer medikamentösen Therapie einschließlich Beratung nachgewiesen werden. Allerdings benötigten die Kinder, die multimodal behandelt wurden, eine geringere Dosis an Stimulantien. Bei der

Verminderung von Hyperaktivität und Impulsivität im Klassenzimmer, der Verminderung aggressiven Verhaltens und infernalere Störungen war die multimodale Therapie auch gegenüber der ausschließlichen Verhaltenstherapie nicht überlegen. In der Untersuchung von Pelham et al. (1988) verbesserte eine zusätzliche Stimulantienbehandlung die Wirksamkeit einer fünfmonatigen Verhaltenstherapie (Interventionen in der Familie und im Unterricht) auf das Verhalten in der Schule deutlich, allerdings nur, solange Stimulantien verabreicht wurden.

Auf die Komplexität der Interventionen zwischen Verhaltens- und Stimulantientherapie weisen die Studien von Pelham et al. (1980) und Horn et al. (1991) hin. Pelham und Mitarbeiter belegen, dass eine Stimulantienbehandlung nach einer verhaltenstherapeutischen Intervention wirksamer ist als eine bei Behandlungsbeginn durchgeführte Stimulantientherapie. Horn et al. (1991) konnten zwar ebenfalls keine bessere Wirksamkeit einer kombinierten Behandlung gegenüber einer Stimulantienbehandlung mit höherer Dosierung nachweisen. Bei niedriger Stimulantiendosierung erwies sich die Behandlungskombination hinsichtlich der Veränderung von Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht jedoch als effektiver. Die Behandlungskombination mit niedrig dosierten Stimulantien war im Vergleich zu einer Stimulantienbehandlung mit niedriger Dosierung alleine und im Vergleich zu Verhaltenstherapie alleine (Interventionen in der Familie und Selbstinstruktionstraining) wirkungsvoller. Darüber hinaus erwies sich die Behandlungskombination mit niedrig dosierten Stimulantien als ebenso wirkungsvoll wie hoch dosierte Stimulantientherapie alleine und in Kombination mit Verhaltenstherapie (Döpfner, Fröhlich, Lehmkuhl, 2000).

In die Kölner Studie wurden 75 Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung (ICD-10 DSM-IV) ambulant einbezogen (Döpfner, 2004). Nach einer sechswöchigen Phase der Psychoedukation und des Beziehungsaufbaus wurden die Patienten initial entweder verhaltenstherapeutisch (n=45) oder medikamentös mit Psychostimulantien (n=28) behandelt (bei zwei Kindern wurde nach der initialen Psychoedukation die Behandlung abgebrochen). Die weiteren Interventionen richteten sich nach dem individuellen Behandlungsverlauf - bei teilweise erfolgreicher Stimulantientherapie wurde mit Verhaltenstherapie kombiniert, bei nicht erfolgreicher Stimulantientherapie wurde auf Verhaltenstherapie gewechselt und bei sehr erfolgreicher

Stimulantientherapie wurde keine weitere Therapie durchgeführt (bei initialer Verhaltenstherapie wurden entsprechende Strategien durchgeführt).

Die Ergebnisse zu den Veränderungen während der individualisierten multimodalen Therapie insgesamt lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Abbrecherquote ist gering (10 %) und die Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ist insgesamt sehr hoch.
- Bei 40 Prozent der Patienten werden die Verhaltensauffälligkeiten von den Eltern bei Behandlungsende so gering eingeschätzt dass die Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (nach DSM-IV) oder einer Störung des Sozialverhaltens nicht mehr erfüllt sind.
- Bei 57 Prozent der Patienten werden die Verhaltensauffälligkeiten von den Lehrern bei Behandlungsende so gering eingeschätzt, dass die Kriterien für die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder einer Störung des Sozialverhaltens nicht mehr erfüllt sind.
- Die therapierlevanten individuellen Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie reduzieren sich im Verlauf der multimodalen Therapie deutlich. Der Anteil der Kinder mit geringen Problemen steigt nach Einschätzung der Eltern von 22 Prozent bei Behandlungsbeginn auf 64 Prozent bei Behandlungsende.
- Die therapierlevanten individuellen Verhaltensprobleme des Kindes in der Schule reduzieren sich im Verlauf der multimodalen Therapie ebenfalls deutlich. Der Anteil der Kinder mit geringen Problemen steigt nach Einschätzung der Lehrer von 13 Prozent bei Behandlungsbeginn auf 62 Prozent bei Behandlungsende (Döpfner, Lehmkuhl, 2006).

Trotz der schwachen Belege für eine Wirksamkeit kognitiver Interventionen beim Kind wurde eine Kombinationsbehandlung mit Methylphenidat als erfolgversprechend betrachtet. Es wurde erwartet, dass durch die medikamentös bedingte Verbesserung des Verhaltens und vor allem der Aufmerksamkeitsleistungen die Aneignung von Selbstkontrolle- und Problemlösefähigkeiten nachhaltig unterstützt werden könnte. In mehreren Studien mit Schulkindern konnten jedoch keine besseren Effekte durch eine Kombinationsbehandlung aus kognitivem Training plus Stimulantientherapie gegenüber einer ausschließlichen Stimulantientherapie erzielt werden. (Döpfner, Fröhlich, Lehmkuhl, 2000).

Die im amerikanischen und deutschen Raum vorhandenen klinischen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie hyperkinetischer Störungen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003; Taylor et al., 2004; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997, 2002) verlangen ein systematisches Vorgehen, das verschiedene Behandlungskomponenten integriert. Angesichts der Vielzahl an gestörten Funktionen und an beeinträchtigten Lebensbereichen liegt nahe, dass bei diesem Störungsbild nicht ein Behandlungsansatz allein die gewünschten Effekte erzielt, sondern eine multimodale Therapie, das heißt die Kombination von mehreren Behandlungsansätzen, notwendig erachtet wird. Auch wenn die empirischen Ergebnisse nur einen begrenzten ergänzenden Effekt multimodaler Maßnahmen zur Medikation belegen, ist davon auszugehen, dass die Behandlungsmotivation und der längerfristige Verlauf, insbesondere bei komorbiden Störungen, verbessert werden kann. Bei der Planung eines solchen multimodalen Ansatzes und der Auswahl der entsprechenden Interventionsformen sollte darauf geachtet werden, dass die Therapie dort ansetzt, wo die Probleme auftreten beim Kind, in der Familie, in der Schule, bei den Aufmerksamkeitsschwächen, der Impulsivität, der Hyperaktivität oder der Aggressivität. Dieses Prinzip ist deshalb von außerordentlicher Bedeutung, weil eine Generalisierung von Therapieeffekten von einem Lebensbereich auf den anderen oder von einer Störungsform auf die andere bestenfalls unvollständig, häufig aber nur unzureichend gelingt (Döpfner et al., 1996; Döpfner und Lehmkuhl, 1998, 2002; Leuzinger, Hüther, 2006).

3.4. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention mit dem Kind

Die Intervention muss darauf abzielen, dem Kind zu mehr aktiver Selbststeuerung zu verhelfen. Wesentliche Schritte eines kognitiv-orientierten Vorgehens mit dem Ziel, das Kind zu einer besseren Handlungsorganisation zu bringen, hat Douglas (1980) aufgezeigt. Es beginnt damit, dass das Kind auf seine Schwierigkeiten hingewiesen wird, die ihm sein Verhalten alltäglich bereitet. Das Erkennen der Probleme und ihrer Auswirkungen wird für notwendig erachtet, um die aktive Mitarbeit und die damit verbundene Mühe zu sichern. Schließlich muss das hyperaktive Kind in der Folge gegen seine Schwierigkeiten mit der Selbststeuerung und der Regulierung seines Aktivierungsniveaus sowie gegen seine Tendenz zum vorschnellen Handeln angehen. Das hyperaktive Kind muss diese Aufgaben erst einmal

für notwendig erachten, bevor der Therapeut versuchen kann, ihm wirksame Problemlösungsstrategien zu vermitteln.

3.4.1. Selbstinstruktionstraining

Eine Vorgehensweise, um bisher schwierige Situationen zu meistern, firmiert unter dem Titel der Selbstinstruktion. Sie kennzeichnet ein Vorgehen, das dem Individuum exekutive Kontrolle über sein problematisches Verhalten bei bestimmten Aufgaben oder in sozialen Situationen zu gewinnen, vermittelt und zwar durch handlungsanleitendes Zu-sich-selbst-sprechen, das schrittweise durch einen Problemlösungsprozess führt. Das Kind lernt, in handlungsanleitender Weise zu sich selbst zu sprechen (sich selbst zu instruieren), ein Problem zu erkennen und zu definieren, Schritte zu einer möglichen Lösung zu überlegen und sie abzuwägen, um dann eine Lösungsmöglichkeit zu erproben. Es überprüft sein Handeln und verstärkt sich am Ende. Während des Selbstinstruktionstrainings beobachtet es zunächst den Therapeuten, der sich selbst anleitet und laut denkt. Nun gibt der Therapeut dem Kind die Instruktionen und leitet so dessen Handeln. Schließlich gibt sich das Kind die Anweisungen, zunächst laut, dann flüsternd, am Ende unhörbar als innere Sprache. Durch das allmähliche Ausschleichen des lauten Sprechens wird das Kind zum inneren Sprechen geführt. Dabei gibt der Therapeut das Modell ab. Ein häufiger Rollentausch - das Kind spricht für den Therapeuten und leitet ihn durch eine Handlungssequenz - dient u. a. der Überprüfung, ob das Kind gelernt hat, in einer ihm gemäßen Sprache verhaltenssteuernd zu sprechen, nicht zuletzt aber auch dazu, durch ein mehr spielerisches Element das Interesse des Kindes an der Aufgabe wach zu halten.

Die Selbstinstruktionen folgen im Allgemeinen der folgenden Sequenz:

- halt das muss ich erst einmal überlegen. Worum geht es denn?
- was kann man da vielleicht machen? Ich muss mir alle Möglichkeiten überlegen.
- welche Lösung passt am ehesten?
- so mache ich das jetzt. Ich halte mich an meinen Plan. Ja nicht aus der Ruhe bringen lassen.
- Hat es geklappt, wie habe ich das gemacht;
- Gut gemacht' bzw. ganz geklappt hat es noch nicht, aber Mühe habe ich mir gegeben, nächstes Mal passe ich besser auf.

Dabei sind die Selbstinstruktionen zuerst sehr aufgabenspezifisch formuliert, während sie später, schon um eine Generalisierung wahrscheinlicher zu machen, allgemeiner verbalisiert sind. Hilfreich vor allem bei jüngeren Kindern ist es, die Schritte der Selbstinstruktion zu symbolisieren und zur Selbstinstruktion außerhalb des Behandlungszimmers, im Unterricht oder bei den Hausaufgaben anzuhalten. Der Therapeut achtet darauf, dass das Kind wirklich handlungsanleitend zu sich spricht, ihm nicht papageienhaft etwas nachplappert und nicht mechanisch etwas herunterleiert, womöglich noch in einer Sprache, die nicht seine eigene ist (« Was ist mein Problem? «). Dazu gehört, dass der Therapeut emotional engagiert mit einiger Emphase das Zu-sich-selbst-sprechen vormacht und seine Formulierungen immer wieder in unterschiedlichen sozialen Situationen variiert. Er macht immer wieder vor, wie er sich für die Mühe lobt, sich an die Problemlösungsschritte in ihrer Abfolge zu halten. Immer wieder wird das Kind dazu angehalten, sich selbst zu verstärken, wenn es handlungsanleitend zu sich gesprochen hat.

3.4.2. Ablauf der Sitzungen

Mindestens 17 bis 20 Sitzungen sind geboten, um zu einer altersgemäßen Arbeitshaltung und - ansatzweise - besseren Interaktion v. a. mit Gleichaltrigen zu führen. Dabei ist ein massierteres Vorgehen mit 2 bis 3 Sitzungen pro Woche zu bevorzugen. Die Sitzungen teilen sich grob auf in 30 Minuten Aufgabenbearbeitung, oft in spielerischer Form, und 20 Minuten Spielen. Die ersten Sitzungen sind sämtliche Einzelsitzungen. Lautes Denken und genaues Zuhören stehen im Vordergrund. Die verwendeten Materialien sind wenig schulähnlich, die kognitiven Anforderungen gering. So geben wir 7-8jährigen Vorschulmaterialien, geht es doch um jeden Preis darum, den negativen Kreislauf von ständigen Misserfolgen, Kritik, Spannung, Angst und Aggression zu unterbrechen und ihn auf keinen Fall in der Intervention fortzuführen. Die Kinder müssen möglichst in jeder Stunde die Gelegenheit haben, sich als wirksam handelnd zu erleben. Eingangs verfügen sie zumeist weder über angemessene Arbeitsstrategien noch über angemessene Formen der Kontaktaufnahme mit anderen. Für gewöhnlich sind sie zwar sozial eifrig und kontaktbemüht, jedoch unfähig, angemessen mit anderen umzugehen, so dass sie schnell soziale Ablehnung erfahren. Zu Gruppensitzungen mit 3 bzw. höchstens 4 Kindern sollte es erst kommen, wenn jedes Kind sicher in der Aufgaben und Spielsituation ist. Auch dann ist es noch geboten, die erste Gruppensitzung stark zu strukturieren und Spiele anzubieten, die von allen Kindern gern gespielt werden. So richtig es einerseits ist, dass Gruppenverhalten letztlich nur in der Gruppe gelernt werden

kann, so fordert der Umgang mit anderen noch fehlende Fertigkeiten. Zu verhindern ist, dass sich nur wiederholt, was andernorts bereits eingetreten war. Das Kind gerät u. U. wieder in die Rolle des Außenseiters, die Gruppenteilnehmer sind in aggressiven und allemal unangemessenen Auseinandersetzungen verfangen, und der Therapeut ist ständig damit beschäftigt und überfordert, diese aufzulösen.

Ist das Kind erst einmal in der Lage, laut zu denken (etwa in der 3. Stunde), so werden die Mütter einbezogen. Aufgaben, die genaues Hinsehen erfordern und bei denen Erwachsene sehr leicht selbst Fehler machen, sind besonders geeignet, der Mutter die neu erworbenen Fertigkeiten zu demonstrieren: schrittweise vorgehen, genaues Anschauen der Vorlage, überlegen und entscheiden, welche Details besonders zu beachten sind, auswählen einer Lösung und überprüfen auf Richtigkeit und dabei sich zwischendurch, auch bei eventuellen Fehlern, nicht aus der Ruhe bringen zu lassen. Schulähnliche Materialien wie Lese-Rechtschreibspiele, Denkspiele und Hausaufgaben werden nach 4 bis 5 Sitzungen eingeführt. Es soll festgestellt werden, ob das laute Denken auch bei den Hausaufgaben hilft. Folgende Arbeitstechniken können hilfreich sein: ein Blatt ist von links nach rechts zu bearbeiten, was wegfällt, wird angekreuzt; überflüssige Fehler beim Rechnen werden vermieden, indem etwa Plus- und Minuszeichen eingekreist werden, um sich so zu merken, welche Rechenoperation durchgeführt wurde.

In der Folge liegt die Betonung auf sozialem Lernen. Es werden Koordinationsspiele mit anderen durchgeführt, Konflikte, die in der Klasse aufgetreten sind, durchgesprochen und in Rollenspielen erfahrbar gemacht. Es wird nach alternativen Verhaltensweisen gesucht. Dieses Vorgehen erfolgt ganz in der Tradition von Spivack und Shure (1974): Neben der Problemerkennung geht es darum, v.a. zu aggressiv-destruktivem Verhalten möglichst viele alternative Lösungen zu generieren, die Konsequenzen des Handelns zu bedenken und eventuelle Schwierigkeiten vorwegzunehmen.

Das Emotionale spielt eine große Rolle. Hier geht es zunächst einmal darum, eigene Gefühle wie auch die anderer zu erkennen und richtig zu etikettieren. Eine Hilfe dabei sind u. a. kleine Geschichten und Fotografien. Die Probleme hyperaktiver Kinder mit der situationsangemessenen Aktivierung legen es nahe, ihnen den jeweiligen Aktivierungsgrad zu spiegeln. Anhand eines einfachen Thermometers schätzen die Mütter die Aktivierung ihres Kindes ein (gegebenenfalls auch ihre eigene). Das Kind wird immer wieder angehalten, seinen Aktivierungsgrad einzuschätzen, sich gegebenenfalls zu aktivieren oder sich mit Hilfe

einfacher Entspannungstechniken, v. a. tiefes Atmen, auf ein der jeweiligen Situation angemessenes Niveau einzupegeln. Einer zunehmenden, vom Kind auch erfahrenen Selbstkontrolle dienlich sind teilweise in Geschichten eingebettete Entspannungstechniken, die dem Kind vermittelt werden.

Um die Kinder während der Sitzung bei der Sache zu halten, reicht anfänglich positive Verstärkung allein nicht aus. Eine milde Bestrafung in Form von Verstärkerentzug ist erforderlich. Zu Beginn jeder Sitzung erhalten die Kinder etwa 8 bis 10 Chips, die nach zuvor festgelegten Regeln einen um den anderen entzogen werden, sollte sich das Kind nicht an die Regeln halten. Mangelnde Mitarbeit und Verweigerung führen zu Verstärkerentzug, niemals jedoch ist die falsche Lösung Anlass dazu, einen Verstärker bzw. dessen Symbol zu entziehen. Das Ziel besteht darin, auch mit Hilfe des Verstärkerentzuges eine angemessene Arbeitshaltung zu etablieren. Die dem Kind verbliebenen Chips werden gegen kleine Geschenke am Ende der Sitzung eingetauscht oder für eine größere Belohnung (Aktivität) angespart.

3.4.3.Übereinstimmungstraining

Ankündigungen, Versprechungen und Handeln andererseits klaffen bei Hyperaktiven weit mehr und häufiger auseinander als gewöhnlich. Dies mag Ausdruck eines Unvermögens sein, das eigene Leistungsvermögen altersgemäß einschätzen zu können. Hier dürfte sich, genereller gefasst, auch ausdrücken, was Barkley (1989) als das zentrale Defizit Hyperaktiver ausgemacht hat: Sie sind weniger durch Regeln geleitet als andere Kinder. Um ihnen zu größerer Kontrolle über ihr hyperaktives, wenig Aufmerksames und impulsives Verhalten zu verhelfen, können Selbstkontrolltechniken beitragen, bei denen die Übereinstimmung zwischen einer zuvor an sich selbst gerichteten Aufforderung, einer Handlungsabsicht und dem darauf folgenden eigenen Handeln Verstärkung erfährt: Die hinlängliche Übereinstimmung zwischen Sagen und Tun wird positiv verstärkt, die mangelnde Korrespondenz zieht Verstärkerentzug nach sich.

Das systematische Einüben angemessener Zielsetzung, des kontinuierlichen Überprüfens des eigenen Verhaltens und der Einschätzung, ob man das zuvor Beabsichtigte erreicht hat, kann in spielerischer Form geschehen, während die Kinder in der Sitzung Aufgaben lösen. So haben Hinshaw et al. (1981, zitiert nach Hinshaw und Erhardt, 1991) ein Übereinstimmungsspiel (Match Game) entwickelt, bei dem die kleine Gruppe von ihrem

Therapeuten jeweils auf einer 5-Punkteskala (von 1 = ganz hervorragend bis 5 = überhaupt nicht gut) beurteilt wird. Dabei geht es nicht um die Übereinstimmung von Sagen und Tun, sondern um die Übereinstimmung von Kind und Therapeuten über ein bestimmtes Verhalten des Kindes, das der beiderseitigen Einschätzung unmittelbar vorausging. Da wird zum Beispiel nach Ankündigung in den nächsten Minuten die Aufmerksamkeit der Kinder vom Therapeuten verstärkt werden. Diskutiert wird erst einmal, was es heißt, aufmerksam zu sein, woran man erkennt, ob man aufmerksam ist oder nicht. Sodann wird die Aufgabe, bei der man mehr oder weniger bei der Sache ist, von den Kindern angegangen. Nach einigen Minuten zeigt der Therapeut die Schätzskaala und beschreibt die Aufgabe: Die Kinder sollen jeder für sich beurteilen, wie wohl der Therapeut ein jedes von ihnen auf dieser Skala einschätzt. Wenn möglich versetzt sich der Therapeut in die Rolle eines Kindes. Er denkt laut darüber nach, wie er sich in Hinblick auf das zuvor definierte Kriterium für Aufmerksamkeit verhalten hat («Hingeguckt aufs Blatt habe ich. Ja, aber dann musste ich zwischendurch mal rausgucken. ö, nicht so lange. Ich glaube, das war ganz ordentlich, ganz schön aufmerksam, ganz schön bei der Sache. «). Wenn die Kinder ihr Verhalten beurteilt haben, geben sie ihre Selbsteinschätzung, zusammen mit der Begründung, der Reihe nach bekannt und erfahren jeweils, wie der Therapeut sie eingeschätzt hat, sowie die Begründung dafür. Die Übereinstimmung wird verstärkt, anfänglich auch, wenn Kind und Therapeut sich einig sind, dass das Verhaltensziel nicht erreicht wurde. Später sollte die Übereinstimmung nur verstärkt werden, wenn Therapeut und Kind sich darüber einig sind, dass das Verhalten eine mindestens befriedigende Beurteilung verdient. Dieses Übereinstimmungsspiel lässt sich in der Gruppensituation auch leicht auf soziales Verhalten (Zusammenarbeit, Helfen) beziehen (Hinshaw und Erhardt 1991).

3.4.4. Abbau aggressiven Verhaltens

Hyperaktivität geht besonders bei Kindern, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen vorgestellt werden, häufig mit Aggressivität einher. Für diese Kinder ist eine zusätzliche Einheit gedacht, die mehrere Sitzungen umfasst und in der einzeln und in Gruppen zum einen der Umgang mit Wut und Ärger, die oft als Trigger aggressiven Verhaltens fungieren, eingeübt wird. Zum andern sollen die hyperaktiv-aggressiven Kinder lernen, die für Aggressive typischen Informationsverarbeitungsfehler zu vermeiden, die mit Fehlzuschreibungen über die Absichten anderer in einer sozialen Situation zu tun haben.

Aggressives Verhalten ist eng mit Informationsverarbeitungsfehlern und Defiziten verknüpft. Soziale Situationen werden oft sehr eingeschränkt wahrgenommen; v. a. in mehrdeutigen Situationen werden dem Gegenüber vorschnell aggressive Absichten unterstellt, auf die sozusagen präventiv mit einem aggressiven Verhalten reagiert wird. Ein anderes nicht-aggressives Verhalten wird vorher gar nicht erst ins Kalkül gezogen.

In einer Form kognitiver Umstrukturierung wird die Interpretation sozialer Situationen geübt, die bisher beinahe reflexhaft zu aggressivem Verhalten geführt haben. Da verdeutlicht etwa der Therapeut, der die Kinder zuvor in aggressiven Auseinandersetzungen beobachtet hat, wie sie immer wieder anderen feindselige Absichten zuschreiben, ohne dafür hinlänglich Anlass zu haben: Auf dem Schnellweg aus dem Klassenzimmer in die Pause hat ein Schüler einen anderen gerempelt, so dass dieser beinahe zu Fall gekommen wäre. »Wie könnte es denn dazu anders als in aggressiver Absicht gekommen sein? « Gefragt wird nach Alternativen (z. B. Vielleicht hat ihn auch jemand gestoßen«). Sie sollen bedacht, ihre Plausibilität und ihre Wahrscheinlichkeit beurteilt werden. »Was spricht denn eigentlich dafür, dass er das mit Absicht gemacht hat? « In Rollenspielen, die, wenn sie wirksam sein sollen, emotionales Engagement der Beteiligten voraussetzen, wird auch laut über alternative Erklärungen für das Handeln anderer nachgedacht. Damit soll das Verhaltensrepertoire erweitert, das reflexhafte, auf aggressives Reagieren beschränkte Verhalten aufgebrochen werden.

Wut und Ärger als unmittelbare Vorläufer und Auslöser aggressiven Verhaltens werden dem hyperaktiv-aggressiven Kind deutlich gemacht. Es lernt u. a. auf die körperlichen Signale wie z. B. Schwitzen und schnelles Atmen und auf damit einhergehende Gedanken (» Am liebsten würde ich den Laden (gemeint ist die Schule) anstecken! «) zu achten, Situationen, in denen es wütend ist, zu erkennen und eventuell, wenn es dazu schon in der Lage ist, in einem Logbuch festzuhalten. Es geht darum, wie man mit den problematischen Situationen angemessener umgehen kann. Entspannungsübungen, die allüberall einsetzbar sind, wie z. B. tiefes Atmen oder kurzes maximales Anspannen der Muskeln während 10 bis 15 Sekunden, können eine Hilfe dabei sein. Weitere Elemente dieser Adaptation von Stressimpfung (Novaco 1978) für diese junge Klientel sind Selbstinstruktionen, die der Vorbereitung und Bewältigung schwieriger Situationen dienen. "Das schaffe ich schon. Nicht vergessen: tief atmen, ganz ruhig bleiben. Auch wenn er mich noch so ärgert, diesmal verliere ich nicht die Pedale. - Mensch, bin ich aufgeregt. Ganz ruhig, ganz entspannt. Tief

atmen. « Haben die Kinder erst einmal gelernt, die Situationen zu erkennen, in denen Wut, Ärger und Aggression ihrerseits mit zumeist mannigfachen Nachteilen für sie im Gefolge wahrscheinlich sind, kennen sie zudem ihre je eigene Ausdrucksweise: wie sich das bei ihnen anfühlt, wenn sie ärgerlich und wütend sind; so kann in zunehmend realistischeren, d. h. emotional Belastenderen Rollenspielen die Bewältigung geübt werden (Eisert, Hans-G.1995, 164-175).

3.4.5. Die Rolle der Verstärkung

Der Eindruck drängt sich gelegentlich auf, dass bei den kognitiven Trainings im Alltag der mindestens gleichermaßen wichtige behaviorale Anteil der Intervention vernachlässigt wird. Dabei fällt es schwer, sich vorzustellen, wie ein hyperaktives Kind sich ohne kontingente Verstärkung Problemlösungsfertigkeiten aneignen und später einsetzen soll - Problemlösungsstrategien, die es nicht nur langsamer machen, sondern zwingen, über die Anforderungen der jeweiligen Aufgabe nachzudenken, sich Gedanken über Lösungsmöglichkeiten zu machen, um dann nach all diesem mühseligen kognitiven Geschäft zu einer Lösung zu kommen, die es dann auch noch sorgfältig ausführen muss. Dies allerdings erst, nachdem es die Lösung laut gedacht und schließlich handlungsanleitend zu sich gesprochen hat. Und erst dann, wenn es die Aufgabenbewältigung beurteilt hat und sich selbst verstärkt hat, ist die Aufgabe, jedenfalls in den Augen des Therapeuten, beendet. Dies wird einem Kind zugemutet, dessen Problem es gerade ist, vorschnell in Situationen, in denen Unsicherheit herrscht, zu reagieren, und das abträglich auf hinausgezögerte Verstärkung reagiert. Es soll nun höchst überlegt und nachdenklich handeln, nur auf das Versprechen hin, dass ihm dies im Unterricht zustatten kommen wird.

Die Problemlösungsstrategien sind Hilfsmittel. Allemal wirken sie nicht von selbst. Sie erfordern kontinuierliches Bemühen von jemandem, der just vorher nachhaltig belegt hat, dass er gerade mit der anhaltenden Anstrengung ganz besondere Schwierigkeiten hat. Um ihn bei der Stange zu halten, ist eine hohe Verstärkerdichte geboten - ständiges, genaues Feedback, häufige, unmittelbare Konsequenzen. Ob bei hyperaktiven Kindern ein gegebener Verstärker wirklich schneller seine Wirksamkeit verliert, d. h. früher Sättigung eintritt, wie Barkley (1989) behauptet, mag noch dahinstehen. Über das Übliche hinaus ist jedoch darauf zu achten, ob einem als Verstärker gedachten Stimulus oder einem Ereignis noch seine Verstärkereigenschaft zukommt. Douglas (vgl. 1980) hat früh auf die Besonderheiten bei der

Verstärkung hyperaktiver Kinder hingewiesen. So mag ein übertrieben emphatisch vorgetragenes Lob wider Erwarten dazu führen, dass an eine weitere Aufgabenbewältigung in dieser Sitzung jedenfalls nicht mehr zu denken ist.

3.4.6. Kognitiv- behaviorale Intervention mit dem Jugendlichen

Auch wenn ein solches kognitival Training, v. a. wenn es weniger programmatisch, aber individualisiert durchgeführt wird, mit leichten Adaptationen über den weiten Altersbereich von sechs bis elf oder zwölf Jahren angemessen sein dürfte, so sind allemal ab dreizehn Jahren andere Interventionen nach Maßgabe der im Vordergrund stehenden Probleme der hyperaktiven und oft auch aggressiven Jugendlichen angezeigt. Dies sind zum einen Interventionen, die darauf abzielen, die Eltern-Jugendlichen-Interaktion zu verbessern, zum ändern solche, welche die aggressiven Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen zugunsten sozial angemessenen Verhaltens abzubauen trachten.

Auch hier liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung von Selbststeuerung mit Hilfe von Problemlösungsfertigkeiten. Problemlösungsstrategien werden als der Lösung unmittelbarer Probleme dienliche Methoden vorgestellt: bei einer Auseinandersetzung mit anderen Jugendlichen, mit den Eltern, bei Schwierigkeiten, bei einer Sache zu bleiben. Dies erfolgt am besten in einer Gruppe, in der die gelernten Strategien ausprobiert werden können und in der der Jugendliche Unterstützung und Rückkopplung über sein Verhalten von anderen erfährt. Breiten Raum muss auch die Bearbeitung von Konflikten zwischen Eltern und Jugendlichen einnehmen, bei denen Ärger, unzulängliche und verzerrte Kommunikation, falsche "Beliefs" und aversive Interaktionen ein erhebliches Ausmaß annehmen (Barkley et al., 1992). Bei hyperaktiv-oppositionell-aggressiven Jugendlichen müssen Problemlösungs- und Kommunikationsfertigkeiten noch intensiver und anhaltender eingeübt werden als bei "Nur"-Hyperaktiven. Barkley et al. (1992, p. 185) nehmen an, dass bei einer familienzentrierten Intervention, die das Ziel hat, die familiären Beeinträchtigungen zu reduzieren, das oppositionell-aggressive Verhalten des Jugendlichen zuerst, d. h. vor dem Symptom der Hyperaktivität, anzugehen ist.

Robin und Foster haben (1989) ein Programm vorgelegt, das alterstypische Konfliktsituationen in der Familie zu lösen helfen soll - solche etwa, bei denen es um Mithilfe im Haushalt geht, um die Eigenverantwortlichkeit für Schulaufgaben und -leistungen, Rechte und Privilegien des Jugendlichen und seine sozialen Aktivitäten. Der Jugendliche und seine

Eltern lernen 1. eine Reihe von Problemlösungsschritten, 2. Verhaltensweisen, wie sie diese Schritte angemessen anwenden können, und 3. werden irrationale "Beliefs" von Eltern und Jugendlichen attackiert, die sich in den Erwartungen an das Verhalten des je anderen ausdrücken.

3.4.7. Zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention mit den Eltern

Der Therapeut sollte hellhörig auf Äußerungen der Mütter achten, in denen "negative" Gedanken der Hilflosigkeit, der Verallgemeinerungen über mangelnde elterliche Kompetenz ("Mit dem werde ich nie zurechtkommen", "Ich bin eine schlechte Mutter") zum Ausdruck kommen, und ihre Angemessenheit jeweils im Diskurs in Frage stellen, sind diese Äußerungen doch geeignet, unangemessenes Verhalten dem Kind gegenüber zu triggern.

In einer mehr formal organisierten, kognitiv-emotionale Aspekte ins Zentrum rückenden Intervention, wie sie Evans und McAdam (1988) für Eltern vorgelegt haben, die sich oft als hilflos und verstimmt erleben, werden u. a. Situationen mit dem Kind besprochen, in denen sich die Eltern traurig, wütend und unfähig erlebt haben. Die Gedanken, die oft automatisch dabei bzw. zuvor ablaufen, werden analysiert, es wird nach alternativen Interpretationen der Situationen gesucht, und es werden angemessenere Gedanken vorgeschlagen. Das Gruppenformat ist hier hilfreich, können doch andere Gruppenmitglieder diese alternative Einschätzung der Gegebenheiten liefern, die bisher automatisch zu abträglichen, negativen Gedanken und Gefühlen geführt haben. So werden die unvermeidlichen Konsequenzen von Gedanken, die Hilflosigkeit ausdrücken, deutlich gemacht. Sie lösen oft vorhersagbar passives, ineffektives Verhalten und unglücklich sein im Gefolge aus. Auf der anderen Seite gehen Bewältigungsgedanken mit Bewältigungsstrategien und positiven Gefühlen einher. Da wird z. B. eine Situation herausgegriffen, bei der man als Mutter oder Vater sich im Anschluss an ein Verhalten des Kindes miserabel fühlt. Geübt wird schließlich auch zuerst in der Gruppe, wie man produktiver mit Wut und Ärger umgeht, situative Hinweise, körperliche Zeichen, die geballte Faust und Schwitzen als Hinweis auf aufkommende Wut interpretiert, die dann automatisch ablaufenden Gedanken sich klarmacht und sie gegen angemessenere Gedanken austauscht.

3.4.8. Evaluation

Die Mehrzahl der in der Klinik vorgestellten hyperaktiven Kinder und Jugendlichen weist gleichzeitig Störungen des Sozialverhaltens auf. Die nicht seltene elterliche Psychopathologie, der häufig problematische familiäre Hintergrund, die oft eher geringen für die Intervention zu aktivierenden Ressourcen, die Leistungsdefizite erheblichen Ausmaßes bei den mehr oder weniger kleinen Patienten, die gestörten Beziehungen zu Gleichaltrigen - die schiere Fülle der Probleme müsste eigentlich dagegen feien, von einer auch angereicherten, mehrdimensionalen Kurzzeitbehandlung allein anhaltende Verbesserungen in allen Problembereichen zu erwarten.

Die Vielfalt und Hartnäckigkeit der Schwierigkeiten hyperaktiver Kinder und Jugendlicher, die oft angesichts drängender Probleme - eine Suspendierung vom Unterricht oder Ausschulung - gegebene Notwendigkeit, schnell zu Erfolgen zu kommen, führt beinahe zwangsläufig zu einer multimodalen Behandlung, bei der zwar verhaltenstherapeutische Techniken bemüht werden, das hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüfte Handeln, das wesentlich Verhaltenstherapie ausmacht, jedoch außen vor bleibt. Behaviorales Elterstraining, kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention mit dem Kind, Selbstinstruktionstraining - das sind grobe Rubriken, allgemeine Klassen; nicht zu letzt auch deswegen, weil die Ingredienzien, die in die Intervention jeweils eingehen, nach Maßgabe der Probleme derjenigen, für die sie vorgesehen sind (und selbstverständlich auch der Vorlieben des Therapeuten), individualisiert werden. Auch dies erleichtert nicht gerade die Evaluation. Behandlungskomponenten werden nicht immer identifiziert. Die wesentlichen Inhalte kognitiv- behavioraler Intervention, diejenigen, von denen angenommen wird, dass sie die entscheidenden Veränderungsagenten sind, müssen nicht für Veränderung gesorgt haben. So fehlt es weitgehend an eindeutigen Belegen, dass die neuerworbenen kognitiven Strategien für beobachtete Verhaltensänderungen verantwortlich sind (Eisert, Hans-G. 1995, 175).

3.5. Verhaltenstherapie

ADS-Kinder brauchen eine sofortige Hilfe, die sich konkret an ihren momentanen Schwierigkeiten ausrichtet. Spürt das Kind die Hilfe des Therapeuten, dann lässt es sich gern auf weitere Therapiestunden ein. Vor jeder erfolgreichen Verhaltenstherapie muss also der Wille bzw. die manchmal "notgedrungene" Einsicht des Kindes stehen, sich ändern zu wollen oder zu müssen. Eine Verhaltenstherapie setzt also einen gewissen Leidensdruck des Kindes und seiner Eltern voraus.

Schwerpunkte der Verhaltenstherapie beim hyperaktiven Kind sind:

- Die Selbst- und Fremdwahrnehmung verbessern.
- Die Auseinandersetzungen in der Schule, zu Hause, mit den Freunden und Geschwistern selbstkritisch zu bewerten und sein eigenes Verhalten zu beurteilen lernen.
- Sozialverhalten mit Durchsetzungsstrategien zur Ein- und Unterordnung erlernen und üben Handlungsentwürfe mit Verstärkerplänen zur Lösung von Problemen erarbeiten.
- Erlernen von Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung.
- Problemlösefertigkeiten erwerben mit Erreichen eines Kontrollbewusstseins und der Fähigkeit, Konflikte sozial angepasst zu lösen, indem man nicht herumschreit, motzt oder gar den anderen schlägt, sondern ruhig mit ihm spricht und ihm seinen Standpunkt klar und deutlich macht.
- Kompetenzsteigerung durch Training von Fertigkeiten

Ziele der Verhaltenstherapie sind:

- Das Genießen können von Individualität mit dem Gefühl der Selbstbestimmung.
- Die Fähigkeit zur angemessenen Aktivität.
- Das Spüren von Anerkennung im sozialen Umfeld.

Die Verhaltenstherapie ist ein vielschichtiger und dynamischer Prozess. Bei jeder Verhaltensveränderung des hyperaktiven Kindes müssen die Schwerpunkte des Therapiekonzeptes neu formuliert werden. Dazu bedarf es strategischer Hilfen, wie z. B. der Einführung eines Tages- und Wochenplans. Dieser dient der festen Strukturierung der zeitlichen Abläufe. Einen wesentlichen Punkt bildet dabei die Frage "Was will ich heute erreichen". Im Rahmen der Kontrolle dieser Frage sind Belohnungspläne erforderlich, wobei

ein konsequentes Verhalten der Eltern wichtig ist. Es muss dem Kind von vornherein gesagt werden, was passiert, wenn es gegen die Zielvereinbarung verstößt oder sein sich selbst gesetztes Ziel nicht erreicht. Aber auch, welche Belohnung es erhält, wenn es sein Ziel erreicht hat. Dabei kann mit Fleißblättchen gearbeitet werden, die je nach der Anstrengungsbereitschaft des Kindes gesammelt, aber auch wieder zurückgefordert werden. Gemeinsam mit ihren ADS-Kindern sollten die Eltern täglich deren Leistung bewerten, wobei schon das Bemühen und die Anstrengungsbereitschaft des Kindes ein guter Grund für ein wohlwollend gemeintes Lob sind. Zeigen Sie dem Kind, worauf es achten sollte, wenn es sich selbst beurteilt. Es muss lernen, seine Wahrnehmung zu verbessern und sie an der Realität auszurichten, um sich selbst richtig einschätzen zu können.

Mit Hilfe des Tages- und Wochenplans soll die Selbstbeobachtung und die Selbsteinschätzung des Verhaltens geübt werden, die eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches soziales Kompetenztraining bilden. Letztlich geht es dabei um Fertigkeiten zur positiven Kontaktaufnahme zu anderen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Kinder sollen lernen, ihre Umwelt bewusst zu beobachten, sich angemessen einzubringen, "angepasst" ihre Meinung zu äußern und ihre Rechte höflich aber deutlich einzufordern.

Das hyperaktive Kind hat sich bisher häufig so geäußert: "Das weiß ich nicht, das ist mir egal, das kann ich sowieso nicht, mir glaubt ja doch keiner, mich mag sowieso keiner, ich mache ja eh' alles falsch." Es muss also lernen, statt zu motzen oder zu resignieren, sich genau zu überlegen, was es eigentlich möchte und dieses auch deutlich äußern.

Zum sozialen Kompetenztraining gehört auch das Üben von positiven Fertigkeiten und Fähigkeiten, die das Kind bereits besitzt und deren es sich bewusst werden sollte. So sind ADS-Kinder oft sehr sportlich, künstlerisch kreativ (z.B. Malen, Basteln, Bauen, Spielen), sie besitzen einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn und eine gute Beobachtungsgabe. Sie können andere Menschen sehr gut beurteilen und merken sofort, ob es einer auch ehrlich mit ihnen meint.

Zur Verbesserung der sozialen Kompetenz und des Selbstwertgefühls dient auch das Übungsprogramm "Mein Platz in der Familie". Hier spürt das Kind, dass es in der Familie ein wichtiges Mitglied ist und Verantwortung in einem eigenen Tätigkeitsbereich trägt. Die Kinder sollen Pflichten bekommen, die sie selbstständig machen, ohne immer wieder von den Eltern ermahnt werden zu müssen. Anstatt die Rolle des "Handlangers" für die Eltern zu

üben, sollten sie frühzeitig zur Selbstständigkeit erzogen werden. Dabei müssen immer die Geschwister mit einbezogen werden.

Zur Verbesserung seines Selbstwertgefühls ist es für das ADS-Kind wichtig zu lernen, auf positive Erlebnisse zu achten. Es soll Lob genießen können und sich selbst positiv erleben lernen. Es darf sich bewusst auch bei Erfolgen selbst loben, leise natürlich, damit es nicht alle hören. Aber es muss auch Kritik annehmen können, ohne diese gleich als persönliche Kränkung zu empfinden.

ADHS-Kinder müssen frühzeitig lernen, ihren Wohnbereich in Ordnung zu halten. Dabei muss man ihnen zeigen, was man selber unter Ordnung versteht und darf nicht zu strenge Maßstäbe an den Tag legen. Mit dem Kind gemeinsam muss man genau definieren, was Ordnung heißt, z.B.:

- den Fußboden frei räumen.
- die Schreibtischoberfläche von allen unnötigen Utensilien befreien.
- die Schmutzwäsche in den dazu vorgegebenen Behälter geben.
- herumliegende Sachen in den Schrank räumen.

Die Eltern müssen im Umgang von ADHS-Kindern sehr viel Ruhe und Toleranz lernen. Sie sollten im Voraus denken, Absprachen treffen und darauf achten, dass einmal Vereinbartes auch konsequent eingehalten wird, natürlich auch von den Eltern selbst. Verlangen sie nichts von ihrem Kind, was sie selbst nicht einhalten. Reden sie weniger von den Zielen, sondern leben sie es ihrem Kind vor, wie es sie erreichen kann.

Aktive, selbstbewusste Eltern, die mit ihren eigenen Problemen gut umgehen können, mit sich zufrieden sind und nach Harmonie streben, dabei sich aber gut abgrenzen können, sind die besten Lehrmeister ihrer Kinder. Eine berufstätige Mutter, die ihre Zeit bewusst einteilen muss, kann ihrem zu langsamen ADHS Kind häufig viel besser helfen, als eine Mutter, die jeden Schritt des Kindes behütet und sorgfältig begleitet und die damit seine Selbstständigkeit nicht zulässt.

Ein bewährtes Hilfsmittel ist ein gemeinsam mit dem ADHS-Kind überarbeitetes Verhaltenstagebuch, in das alle Ziele und Erfolge im Überblick von Anfang an aufgeschrieben werden. Hier können das Kind und seine Eltern immer wieder die positive Entwicklung sehen. Dies ist wichtig, wird doch im Verlauf der Therapie häufig vergessen, was das Kind schon alles erreicht hat. So ein Rückblick ist immer sehr nützlich für weitere Ziele, er macht stolz und mutig.

Beispiele für Vorsätze im Verhaltenstagebuch: in der Schule aufpassen:

- ich lasse mich nicht ablenken
- ich konzentriere mich
- ich habe nicht geweint
- ich schreie nicht herum
- wenn der Wecker klingelt, stehe ich sofort auf
- ich sage immer meine Meinung
- ich will nicht motzen
- ich habe in der Schule nicht geträumt
- ich habe Diktat geübt
- meine Hausaufgaben mache ich vollständig
- ich habe nichts vergessen .nicht mit den Geschwistern streiten

Jedem Kind sollte gesagt werden, dass die Therapie nur erfolgreich sein kann, wenn es auch - selber aktiv - mitarbeitet, denn von allein geht gar nichts. Es sollte sich kennen lernen mit all seinen Fähigkeiten und Schwächen und sich und sein Verhalten kritisch bewerten. Dabei muss man dem hyperaktiven Kind immer wieder Mut machen. Es braucht eine enge Kontaktperson.

Es sollte sich immer wieder sagen: "Bei meinem ADHS muss ich mir ständig befehlen, dass ich mein Ziel heute erreiche. Meine Eltern helfen mir dabei. Mein Arzt sagt immer wieder, ADHS-Kinder machen nur das, was auch täglich kontrolliert wird, deshalb mein Kontrolltagebuch. "

Beispiele für Verhaltensbeobachtungen:

- Wie war ich heute mit mir zufrieden? (zu Hause und in der Schule)
- Wie war Mama mit mir zufrieden? Wie war der Lehrer mit mir zufrieden? Was war heute schlecht?
- Was war heute besonders gut? Was hat mir zu Hause nicht gefallen?
- Warum hat es nicht so geklappt, wie ich es mir vorgenommen habe?

Zu seinen im Verhaltenstagebuch festgehaltenen Zielen sollte das Kind täglich kurz Stellung nehmen. Es kann sich zur Beurteilung dazu auch selbst Noten geben - je nach Vereinbarung.

Das Motto eines solchen Tagebuches könnte lauten:

"Heute war ich gut, morgen will ich noch besser sein". Aber nicht nur das Kind allein soll sich ändern, auch in der Familie muss sich einiges ändern, was gemeinsam mit dem Therapeuten erarbeitet werden sollte. (Simchen, 2002).

3.5.1. Elternt raining

Klinischer Alltag und die Literatur machen überdeutlich, dass Eltern von Kindern mit einer hyperkinetischen Störung über lange Zeit erhebliche Belastungen im Zusammenhang mit der Hyperaktivität ihrer Kinder erfahren (z. B. Breen & Barkley 1988). Aufforderungen an das Kind, etwas zu tun, wird keine Folge geleistet, gestellte Aufgaben werden nicht zu Ende geführt. Ständig sind v. a. die Mütter damit befasst, Probleme in der Schule, mit Gleichaltrigen und den Nachbarn aufzulösen, die Wogen zu glätten - dies umso mehr, wenn aggressives Verhalten zur Hyperaktivität des Kindes hinzukommt. Nun ist es sicherlich unangemessen, für die elterlichen Belastungen und häufig erlebte Erziehungskompetenz allein die hyperkinetische Störung des Kindes verantwortlich zu machen. Zu den Faktoren, die hier eine Rolle spielen, zählen u. a. eine elterliche Psychopathologie auch subklinischen Ausmaßes, wie z. B. gelegentliche Stimmungsschwankungen (z. B. Jouriles et al., 1989) und anhaltender Ehe Streit (z. B. Barkley et al., 1990 b). Dem Verhalten des hyperaktiven Kindes wird jedoch eine besondere Bedeutung für die Entstehung der erheblichen Belastung beigemessen, die Eltern in ihrer Erzieherrolle ausgesetzt sind.

Die Arbeit mit den Eltern hyperaktiver bzw. hyperaktiv-aggressiver Kinder hat zu berücksichtigen, dass gängige Elternt rainings oft hohe Abbruchraten zu verzeichnen haben (Firestone et al., 1986). Just jene Variablen, die ein Trainingsprogramm bei Eltern von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens besonders angezeigt sein lassen, sind auch diejenigen, die einen Fehlschlag eines solchen Elternt rainings prognostizieren: Chronischer Ehe Streit, Abwesenheit des Vaters bzw. dessen Distanzierung von den Problemen, mütterliche Depression, soziale Isolation, geringe Problemlösungsfertigkeiten, viele psychosoziale Belastungen und sozioökonomische Benachteiligungen. Trotz der generell zu konstatierenden Wirksamkeit von behavioralen Elternt rainings (Kazdin, 1987; Miller & Prinz, 1990) finden Elternt rainings bei einem beträchtlichen Teil derjenigen, für die sie gedacht sind, nicht die nötige Akzeptanz, können nicht durchgehalten werden, das erlernte Erziehungsverhalten wird nicht beibehalten. Vor diesem Hintergrund ist zu sehen, dass wir den Eltern mit einer in Anspruch und Umfang reduzierten Intervention kommen, die im

wesentlichen darauf abzielt, das Verstärkerverhalten der Eltern zu verändern, ihnen vor Augen zu führen, wie wirksam mit diesen kleinen Schritten die Interaktion mit dem Kind zu verbessern ist. Wenn es die Interessen und die Bereitschaft der Eltern trifft, kann darauf aufbauend übergangslos eine Intervention erfolgen.

3.5.2. Behaviorales Elterntaining

Voraussetzung für eine aktive und positive Rolle der Eltern in der Behandlung ist ihre ausführliche und gründliche Information über das Krankheitsbild. Die Eltern müssen sich ausgiebig und intensiv informieren, damit sie selbst hinter der Diagnose ADS stehen. Denn nur wenn die Eltern selbst von der Richtigkeit der Diagnose überzeugt sind, sind sie in der Lage, ihren Kindern Unterstützung und eine feste Struktur in der Behandlung zu geben. Sie sind auch nur dann bereit, ihren Erziehungsstil zu ändern, bzw. nur dann bemühen sie sich ernsthaft darum.

Es geht hier zunächst um einfache Vorgehensweisen und Übungen, wie sie in vielen Elterntrainings verwendet werden. Der Schwerpunkt liegt darauf, den Eltern zu vermitteln, wie sie vorhergehende Ereignisse und Konsequenzen auffälligen Verhaltens ihres Kindes auslösen und aufrechterhalten, und ihnen Wege dafür aufzuzeigen, wie sie daran etwas ändern können. Das vordringliche Ziel ist zunächst, oft im Sinne einer Krisenintervention, das negative Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind zu unterbrechen, indem man versucht, alltägliche Kontingenzen zu verändern, um so auch ein Klima zu erzeugen, das eine weiterführende Behandlung überhaupt erst möglich macht. Vorzüglich geeignet, die weitere Mitarbeit zu sichern, sind Veränderungen an der Hausaufgabensituation, ist sie doch oft mit erheblichem Leid für Mutter und Kind verknüpft. Zunächst geben die Hausaufgaben erst einmal eine Provokationsökologie für Auffälligkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion ab (Eisert, 1987).

Ein Paradigma für behaviorale Elterntainings gibt das von Patterson (1982) beschriebene gegenseitige Untersetzen, das die Mutter-Kind-Interaktion bei aggressiven und eben auch hyperaktiv-aggressiven Kindern auszeichnet: Die Mutter stellt eine Forderung auf, Kind tobt so lange, bis die Forderung fallengelassen wird. Die Mutter ihrerseits schreit so lange, bis das Kind mit seinem Fehlverhalten aufhört und eventuell der Forderung nachkommt. Das ist ganz exemplarisch eine negative Verstärkung. Jeweils wird der andere dafür verstärkt, mit seinem auffälligen Verhalten bei nächster Gelegenheit fortzufahren.

Mit Hilfe von einfachen Listen werden Probleme definiert und Ausgangsdaten gewonnen. Einfache Aufzeichnungsbögen ("Worüber ich mich gefreut habe", "Worüber ich mich geärgert habe"), in denen die Mutter kindliche Verhaltensweisen und ihre jeweilige Reaktion darauf festhalten soll, geben nicht nur nützliche Informationen zur Problemdefinition, sondern auch Beispiele, an denen man alternative Verhaltensweisen durchsprechen kann. Die Mütter haben oft verlernt, ihr Kind zu loben. Ganz glaubhaft versichern sie, dazu gebe es eigentlich auch wenig Anlass. Die Kinder bei positiven Ansätzen zu erwischen, ihnen dafür Zuwendung zuteil werden zu lassen, ihnen und auch anderen Familienmitgliedern mitzuteilen, was einem daran gefallen hat - dies lernen die Mütter u. a. anhand dieser einfachen Aufzeichnungsbögen. In gemeinsamen Spielsitzungen mit dem Kind werden die Mütter auf angemessenes, lobenswertes Verhalten ihres Kindes hingewiesen.

In einem zweiten Schritt werden das Äußern positiver Gefühle, Lob, Anerkennung in einer Elternsitzung direkt geübt. Einige für die Mutter angemessene Redewendungen ("Fein, was du schon kannst"; "Das gefällt mir") werden gesucht und den Eltern als Erinnerungstüte mit nach Hause gegeben. Auf Strichlisten vermerken sie, wie oft und in welchen Situationen (Aufstehen, Essen) sie das Kind gelobt haben. Dazu wird ein Wochensoll an Lob vorgegeben. In Spielsitzungen mit Mutter und Kind zeigt der Therapeut immer wieder an, wenn Aufmerksamkeit und Zuwendung angebracht erscheinen, um die Mutter auch für kleine Anstrengungen und Fortschritte des Kindes zu sensibilisieren. Gleichzeitig wird versucht, statt eines lediglich bewertenden Lobes ("gut"), ein qualifizierendes einzuführen: "Du hast dich heute sofort an die Aufgaben gesetzt und 10 Minuten ohne Unterbrechung daran gearbeitet. Das ist eine große Leistung, Peter." Die Mutter erhält hier die Aufgabe, einem Dritten, z.B. dem Vater, etwas Positives über das Kind in dessen Gegenwart zu sagen. Die Interaktion der Mütter mit ihren hyperaktiven Kindern, das wird im klinischen Alltag wie in einschlägigen Untersuchungen (vgl. Barkley, 1990) überdeutlich ist oft durch vielfache Aufforderungen, Direktiven und Einschränkungen gekennzeichnet. Den Müttern gelingt es oft nicht abzuwarten, dem Kind eher indirekte Hinweise und allgemeine Anhaltspunkte zu geben. Vielmehr kommen sie ihrerseits vorschnell mit der richtigen Lösung heraus, oft verknüpft mit negativen Äußerungen. Auch hier werden zuerst passende Redewendungen gesucht; es wird schriftlich festgehalten: "Da stimmt etwas noch nicht ganz"; "Schau noch einmal nach". Das gemeinsame Anschauen einer Videoaufzeichnung der Hausaufgabensituation vermag für ein weniger direktes Eingreifen zu sensibilisieren. Die

Mutter schaut auch Therapeut und Kind beim kognitiven Training (s. u.) zu und vermerkt, wann sie eingegriffen hätte.

Auch beim Problem des Nichtbefolgens von Regeln und Anweisungen steht am Anfang wieder eine Liste, in der die Mutter vermerkt, wie oft und in welchen Situationen Aufforderungen und Ermahnungen mit welchen Konsequenzen erfolgen. Den Müttern wird so die Häufigkeit und Sinnlosigkeit ihrer Aufforderungen und oft auch Strafen deutlich. Meistens werden dem Kind zu viele Anweisungen und Aufträge erteilt. Anhand der Aufzeichnungen kann besprochen werden, dass auf eine Reihe von Aufforderungen gänzlich verzichtet werden kann. Angesichts der Schwierigkeiten hyperaktiver Kinder mit regelgeleitetem Verhalten ist es geboten, zuerst einmal jedenfalls die Anweisungen drastisch zu reduzieren; es wird jeweils eine Anweisung zur Zeit, knapp und eindeutig formuliert und mit Augenkontakt, dem Kind mitgeteilt. Das Nichtbefolgen von Regeln und Aufforderungen sollte zu Beginn als Konsequenz eine milde Form der Bestrafung, den Verstärkerentzug, nach zuvor mit allen Beteiligten besprochenen Regeln zur Folge haben. Die Auswahl der Verstärker und auch des zu verstärkenden Verhaltens sollte anfangs nicht den Eltern alleine überlassen werden, schon weil sie oft Ziele vorgeben, die unerreichbar sind. In der Folge werden weitere Aufforderungen und Regeln eingeführt ("Ich stehe auf, wenn Mutter mich weckt"). Bei diesen zeitgebundenen Regeln ist eine Küchenuhr beinahe unentbehrlich, stellt sich doch ansonsten immer wieder ein Trödeln beim hyperaktiven Kind und Schimpfen und Drohen bei den Eltern ein.

So wie die Eltern lernen, kleinste Anstrengungen und Fortschritte des Kindes kontingent zu verstärken, so tut der Therapeut gut daran, kleinste Bemühungen und Ansätze bei den Eltern, anfänglich etwa auch unvollständig ausgefüllte Listen, zu verstärken. Verhaltensmodifikation ist tunlichst ohne Jargon zu vermitteln. Selbst auf den Begriff der Verstärkung kann verzichtet werden. Elterntrainingsbücher, die oft den Charakter von Indoktrinationsfibeln haben, sind für viele der Eltern unangemessen und überflüssig.

Der Vorteil eines solchen behavioralen Trainings besteht darin, dass konkretes Verhalten in spezifischen Situationen fokussiert wird und realistische Ziele von allen Beteiligten angestrebt werden. Vermieden wird, die Eltern in ihrer Rolle als Erzieher in Frage zu stellen. Problematisch ist oft, dass Eltern angesichts der außerordentlich aversiven Situation, in der sie sich befinden - gekennzeichnet durch massiven sozialen Druck seitens der Schule oder

der Nachbarn -, anfängliche Erfolge einer solchen Intervention überschätzen und aus dem Felde gehen möchten.

Gerade das Zusammenleben mit einem überaktiven Kind mit Konzentrationsschwierigkeiten stellt die Familie vor eine besonders schwere Aufgabe. Einige Grundregeln sollte man dabei beherzigen.

1. Ordnen Sie das Verhalten des Kindes richtig ein

Glauben Sie nicht, dass das Kind aus bösem Willen handelt. Machen Sie sich klar, dass das Kind selbst unter seiner Überaktivität leidet. Es spürt selbst sehr gut, dass es sich nicht kontrollieren kann. Das ist schmerzlich genug für das Kind. Ihnen kann dieser Gedanke helfen, sich nicht gleich aufzuregen, weil Sie wissen, dass das Kind nur bedingt etwas für sein Verhalten kann. Sicher müssen Sie es für ein zerstörtes Buch, für ein verrupftes Heft oder eine andere unerwünschte Tat nicht loben. Sie müssen sich aber auch nicht sofort mit Schimpfen und Strafen verausgaben. Eine gelassene Einstellung entschärft die Situation. Versuchen Sie dann zu gegebener Zeit mit dem Kind in ein ernsthaftes Gespräch zu kommen. Machen Sie sich auch klar, dass das Verhalten des Kindes nicht Ihr persönliches Versagen ist. Es ist auch nicht der Unfähigkeit von anderen Erziehern zuzuschreiben. Das Verhalten des überaktiven Kindes hat seine eigenen Regeln.

2. Planen Sie einen geregelten Tagesablauf

Planen Sie den Tagesablauf so, dass Aufstehen, Mahlzeiten, Zu-Bett-Gehen, Hausaufgaben- und Spielzeiten festgelegt sind. Das erspart Ihnen, jeden Tag aufs Neue eine Debatte darüber zu führen, was wann von wem zu tun ist. Außerdem ist eine klare und vor allem verlässliche Struktur für überaktive Kinder eine wichtige Orientierungshilfe. Sie werden unruhig, wenn sie nicht wissen, was auf sie zukommt.

3. Machen Sie nicht zu viel auf einmal

Versuchen Sie, sich auf das Wesentliche zu beschränken, wenn Sie Regeln aufstellen. Wenn Sie zu viele Regeln gleichzeitig einführen, können Sie nicht auf die Einhaltung achten, und das beschädigt die Ernsthaftigkeit der Vereinbarung. Zu viele Regeln auf einmal fordern außerdem den Widerstand des Kindes heraus. Kein Mensch lässt sich gern vollständig reglementieren, auch Kinder mit Konzentrationsschwierigkeiten nicht. Stellen Sie also lieber wenige, aber dafür klare Regeln auf. Am besten ist es, wenn Sie mit dem Kind gemeinsam die Regeln aufstellen.

4. Ignorieren Sie Dinge, die noch nicht so gelungen sind

Die kurze Konzentrationsspanne, Unbeherrschtheit und Rastlosigkeit bringen es mit sich, dass dem Kind mehr Dinge misslingen als gelingen. Sie möchten es laufend zu weiteren Verbesserungen und neuen Bemühungen anhalten - eine verständliche Reaktion. Sie führt jedoch in die falsche Richtung. Versuchen Sie unbedingt auf die geglückten Dinge zu achten. Loben Sie das Kind oft und sofort, sobald sich der kleinste Anlass bietet. Wenn Ihr Kind 20 Minuten am Stück ruhig gearbeitet hat, loben Sie es dafür - auch wenn die Aufgabe nicht vollständig erledigt und die Schrift nicht besonders schön ist. Kein "aber ... ", reine Anerkennung tut Not.

Wenn es unbedingt sein muss, sprechen Sie einige wenige Kritikpunkte an. Formulieren Sie diese sachlich und ruhig. Sagen Sie das, was Sie sagen wollen, ein einziges Mal. Zumeist führt Tadel nur kurzfristig dazu, dass Ihr Kind das Verhalten ändert. Stabile Verbesserungen stellen sich leichter mit Lob ein.

5. Sprechen Sie in Ruhe mit Ihrem Kind

Geben Sie nicht auf, mit dem Kind zu sprechen, auch wenn Sie den Eindruck haben, dass es kaum zuhört und immer ins Wort fällt. Und versuchen Sie, Ihrem Kind zuzuhören. Geben Sie ihm Zeit, seine Gedanken und Gefühle zu äußern. Damit zeigen Sie ihm, dass Sie wissen wollen, wie es ihm geht und was in ihm vorgeht. Einem Menschen zuhören bedeutet, ihn ernst zu nehmen. Wenden Sie sich Ihrem Kind beim Zuhören ganz zu. Überaktive Kinder wirken oft so, als müssten sie mindestens zwei Dinge gleichzeitig tun, sind aber sehr schnell irritiert, wenn ihre Gesprächspartner ähnlich unruhig sind. Unterbrechen Sie Ihre Arbeit, wenn Sie mit dem Kind reden wollen. Auch wenn Sie zuhören können, während Sie Staub wischen, bügeln, fernsehen, kochen oder einen Schrank einräumen: Legen Sie Ihre Arbeit hin und wenden Sie sich vollständig dem Kind zu. Wenn das nicht geht, verschieben Sie das Gespräch auf später. Lassen Sie sich nicht in ein Gespräch verwickeln, das womöglich unbefriedigend verläuft.

Wenn Ihr Kind sowieso gerade sehr angespannt ist, hat ein Gespräch keinen Sinn. Wenn Ärger und Spannung, Misserfolge oder Frustrationen in der Luft liegen, ist ein offenes Gespräch zum Scheitern verurteilt. Warten Sie, bis Sie und das Kind wieder ruhig und entspannt sind. So können Sie auch aggressive Töne vermeiden und geben einer sachlichen,

ruhigen Auseinandersetzung eine Chance. Ermutigung wirkt, wenn das Kind gerade einen Erfolg erlebt hat, nach einem Misserfolg kommt sie eher als ein billiger Trost an.

Halten Sie während des Gesprächs Blickkontakt mit dem Kind. Benutzen Sie eine klare Sprache und versuchen Sie, sich selbst zurückzuhalten. Stellen Sie sicher, dass Sie das Kind richtig verstanden haben, indem Sie nachfragen oder seine Worte sinngemäß wiederholen. Geben Sie dem Kind das sichere Gefühl, dass im Moment nur dieses Gespräch wichtig ist.

6. Schaffen Sie Entspannungsräume für sich und Ihr Kind

Das Zusammenleben mit einem überaktiven Kind ist im Alltag recht spannungsgeladen. Die Eltern "lauern" förmlich auf den nächsten Fehltritt, nicht absichtlich, aber nach so vielen Katastrophen kann man gar nicht anders, als sich innerlich auf die nächste einzustellen. Deswegen wird das überaktive Kind mehr als andere ermahnt und geschimpft und eindringlich auf die Verhaltensregeln hingewiesen. Die Eltern haben dauernd ein Auge auf das Kind und sind schon selbst ganz verkrampft. Man sitzt gemütlich beim Kaffee, aber die Mutter ist immer mit einem Ohr bei den spielenden Kindern. Sie sitzt auch neben Hausaufgaben, hält zur Arbeit an, mahnt, kontrolliert, tröstet, droht, hält Ablenkungen fern. Das überaktive Kind fühlt sich ständig kritisiert und kontrolliert. Die Geschwister haben manchmal das Gefühl, dass sich niemand so recht um sie kümmert, während das überaktive Kind alle Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Solche Mechanismen schleichen sich unausweichlich ein, wenn Sie nicht ganz bewusst gegensteuern. Planen Sie in Ihren Alltag Entspannungspausen und Spielzeiten ein. Achten Sie darauf, dass die Arbeitszeiten nicht endlos werden. Beim Spielen darf das Kind seine Ideen umsetzen. Reagieren Sie nur dann, wenn das Kind problematisches Verhalten zeigt und nicht bald wieder damit aufhört (Imhof, 2003).

Auch im Folgenden gibt es einige Grundregeln, die den Eltern und ihrem Kind helfen sollen, die Hausaufgaben weniger belastet durchzuführen.

1. Alle Hausaufgaben werden von Ihrem Kind während der Schulzeit in einem Aufgabenheft notiert: Ein Aufgabenheft ist vor allem dann notwendig, wenn Ihr Kind seine Hausaufgaben häufiger vergisst. Die meisten Kinder besitzen ein Aufgabenheft, in das sie alle in der Schule gestellten Hausaufgaben eintragen. Wenn Ihr Kind keines besitzt, dann legen Sie bitte eines an. Wenn Ihr Kind regelmäßig vergisst, die Hausaufgaben dort einzutragen,

dann sollten Sie bei der Entwicklung des Hausaufgaben-Planes einen Punkt dafür vorsehen, dass Ihr Kind alle Hausaufgaben in sein Aufgabenheft einträgt. Wenn Ihr Kind in die erste oder zweite Klasse geht, dann können Sie auch seine Klassenlehrerin bitten, das Eintragen der Hausaufgaben abzuzeichnen.

2. Die Hausaufgaben werden immer am gleichen Arbeitsplatz gemacht! Um Kindern mit Konzentrationsproblemen bei den Hausaufgaben zu helfen, ist es wichtig, dass ablenkende äußere Einflüsse möglichst gering gehalten werden. Dazu gehört, dass Ihr Kind seine Hausaufgaben immer an dem gleichen Arbeitsplatz machen kann. Idealerweise sollte dies der Schreibtisch Ihres Kindes in seinem Kinderzimmer sein, der für keine andere Tätigkeit benutzt werden sollte. Außerdem sollen die Hausaufgaben immer an der gleichen Stelle im Tagesablauf gemacht werden. Legen Sie generell den Zeitpunkt fest, an dem Ihr Kind die Hausaufgaben machen soll. Wechselnde Hausaufgabenzeiten erhöhen die Ablenkbarkeit Ihres Kindes und damit die Hausaufgabenprobleme.

3. Vermindern Sie die Ablenkungsmöglichkeiten bei den Hausaufgaben! Ablenkungsmöglichkeiten, die unmittelbar am Arbeitsplatz Ihres Kindes sind, sollten weitgehend entfernt werden. Dazu gehören vor allem Spielmaterialien in Reichweite Ihres Kindes oder auch der Blick Ihres Kindes aus dem Fenster auf einen interessanten Spielplatz. Sollte in der Regel während der Hausaufgabenzeit kein Radio, Fernseher, Plattenspieler oder Kassettenrecorder laufen. Ihr Kind sollte in dem Raum, in dem es arbeitet, alleine sein.

4. Erstellen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind einen Punkte-Plan für die Hausaufgabenzeit! Lassen Sie Ihr Kind die einzelnen Aufgaben und die pro Aufgabe vereinbarte Höchstzeit (z. B. Rechnen, Lesen, Schreiben) in den Hausaufgaben-Plan eintragen. Wenn Ihr Kind in der vorgegebenen Zeit die Hausaufgaben zur Zufriedenheit erledigt, erhält es dafür einen Punkt (evtl. auch ein Klebepunkt oder ein Klebebild). Damit Ihr Kind selbst kontrollieren kann, wie viel Zeit ihm zur Verfügung steht, muss eine Uhr in seiner Sichtweite sein, am besten ein Wecker auf seinem Arbeitstisch stehen.

Ihr Kind meldet sich bei Ihnen, wenn es eine Aufgabenart beendet hat und es trägt die tatsächlich benötigte Zeit in den Hausaufgaben-Plan ein. Ihr Kind bewertet dann auf einer Notenskala von eins bis sechs, wie gut ihm seiner Meinung nach die Hausaufgaben gelungen sind. Sie schauen dann mit ihm gemeinsam die Hausaufgaben durch, besprechen eventuell notwendig Korrekturen und geben ihm dann selbst eine Note für die Qualität der Hausaufgaben. Wenn Sie die Hausaufgaben mindestens als ausreichend (4) einstufen, dann

bekommt Ihr Kind einen Punkt. Wenn Ihr Kind es geschafft hat, ohne Trödeln die Hausaufgaben in der vereinbarten Zeit zu erledigen, dann bekommt es einen zusätzlichen Punkt. Ihr Kind kann keinen Punkt erhalten, wenn es die Hausaufgaben zwar in der vereinbarten Zeit beendet hat, aber die Hausaufgaben von Ihnen nicht als ausreichend bewertet werden können. Seien Sie bei Ihrer Bewertung nicht zu streng! Ihr Kind trägt pro Aufgabe die erreichte Punktezahl in den Hausaufgaben-Plan ein (Döpfner, Schürmann, Lehmkuhl, 1999).

Die Wirksamkeit von Elterntrainings mit oppositionell auffälligen Kindern im Alter von drei bis acht Jahren konnte in mehreren Studien (vgl. McMahon und Forehand, 1984; McMahon und Wells, 1989) eindeutig nachgewiesen werden. Auch die Stabilität der Therapieeffekte vier bis zehn Jahre nach Behandlungsende wurde in mehreren Studien belegt, unter anderem von McMahon und Wells (1989). Anhand mehrerer Einzelfallstudien konnten Erhardt und Baker (1990) die Wirksamkeit eines Elterntrainings bei ADHS-Kindern im Vorschulalter nachweisen, allerdings wurden nicht alle Therapieeffekte stabilisiert.

Die Elterntrainings für Vorschulkinder erscheinen von besonderer Wichtigkeit, da hier die Möglichkeit, kinderzentrierte Ansätze einzusetzen, sehr begrenzt ist. Weitere Studien zur Wirksamkeit von Elterntrainings bei ADHS-Kindern im Vorschulalter finden wir bei der Arbeitsgruppe von Pisterman. Überprüft wurde die Wirksamkeit eines Elterntrainings, das den Eltern verhaltensorientierte Strategien (zum Beispiel angemessene Formulierungen von Aufforderungen mit Hilfe von Modellieren, Rollenspielen und didaktischem Material) vermittelt. Sie stellen eine deutliche Verminderung des oppositionellen Verhaltens sowie eine Verbesserung hinsichtlich der elterlichen Erziehungskompetenz fest. Eine Verbesserung in der Aufmerksamkeit der Kinder bewirkte das Elternttraining nicht. Die Eltern erlebten allerdings die Erziehung ihrer Kinder nach dem Elternttraining weniger problematisch (Konrad, 2002).

3.5.3. Lehrertraining

Kinder mit hyperkinetischem Syndrom stellen für jede Lehrkraft eine Herausforderung dar. Die Kinder, die durch ihre ständige Unruhe und Ablenkbarkeit den Unterricht stören, die nicht bei der Sache bleiben können, die einfach nerven, absorbieren sehr viel Aufmerksamkeit und Energie der Lehrerin/des Lehrers. Das Engagement für diese Kinder zehrt an der Kraft und an der Einsatzbereitschaft der Lehrer/-innen und das Verhältnis zu

den Schüler/-innen leidet darunter (vgl. Imhof/Skrodzki/Urzinger, 2001). Diese Emotionen und Verhaltensweisen der Lehrer im Kontext mit hyperaktiven Kindern müssen ernst genommen und sich eingestanden werden dürfen, um zu positiven Beziehungen und erfolgversprechenden pädagogischen Maßnahmen zu kommen (Ott, 2004).

Oft reagieren Lehrer auf das problematische Verhalten von Kindern mit ADHS zunächst mit zunehmender Strenge. Oft sind sie irgendwann so frustriert, dass sie anfangen, das Kind abzulehnen, und kaum noch positiv auf es eingehen. Für eine professionelle Problemsicht ist es selbstverständlich, sich als Lehrkraft einen vorurteilsfreien Eindruck vom hyperaktiven Kind, seinem Verhalten, seinen Schwächen und Stärken zu machen.

Aus dem Wissen über Hyperaktivität heraus entwickelt sich ein besseres Verstehen und somit Verständnis für das Kind. Es ist nicht mehr nur das Kind, das nur nicht will, sich nur nach Lust und Laune bemüht, das andere so oft stört, scheinbar absichtlich den Unterricht unterbricht und es immer wieder zu Eskalationen mit Mitschülern oder auch dem Lehrer kommen lässt. Aus dem Wissen um die Komplexität des Erscheinungsbildes Hyperaktivität und um den Teufelskreis, in dem sich das hyperaktive Kind befindet, erwachsen den Lehrern Reserven, um innovative Wege mit dem Kind zu gehen und bestimmte Interventionen in das pädagogische Repertoire aufzunehmen, die später noch vorgestellt werden sollen.

Zwar wissen wir nicht genau, wie sich eine negative Kind- Lehrer-Beziehung langfristig auf Kinder mit ADHS auswirkt, die Erfahrung zeigt jedoch, dass sie auf jeden Fall negative Folgen für die sowieso schon unterdurchschnittlichen schulischen Leistungen und das problematische Sozialverhalten dieser Kinder hat, ihre Lernmotivation und ihr allgemeines Engagement für die Schule schwächt und das Selbstwertgefühl der Kinder mindert. All dies kann schließlich irgendwann dazu führen, dass das Kind in der Schule scheitert (Barkley, 2002).

So bietet beispielsweise THOP (Döpfner, Schürmann, Frölich, 2002) gezielt Maßnahmen zur Förderung positiver Lehrer Beziehungen und pädagogisch-therapeutische Interventionen an, wenn das Lehrer-Kind-Verhältnis deutlich negativ belastet erscheint und eine Unterstützung bei der Veränderung des Beziehungsgefüges dringend indiziert ist. Hierbei finden zum Beispiel eigens eingeplante Zeiten für exklusiven Kontakt zwischen Lehrer und Kind für gemeinsame Gespräche und positive Rückmeldungen Raum sowie Tipps, um im alltäglichen Umgang mit dem betroffenen Kind Anforderungen und Grenzen wirkungsvoller formulieren, positive Verhaltensansätze durch Lob und Zuwendung konsequenter verstärken und

pädagogisch-therapeutische Interventionen mit Selbstmanagementbemühungen kombinieren zu können (Ott, 2004).

Das Setzen von positiven und negativen Konsequenzen stellt das wirksamste Instrument für die Beeinflussung des Verhaltens von Kindern mit ADHS dar - dies gilt in der Schule ebenso wie zu Hause. Zu den positiven Konsequenzen zählen Lob und andere Formen positiver Zuwendung.

Kindern Lob und Anerkennung zukommen zu lassen scheint einfach zu sein, es systematisch und konsequent zu tun verlangt jedoch großes Können. Der Lehrer muss sich genau im Klaren darüber sein, was er lobenswert findet, und muss herzlich und echt wirken. Das Lob muss schnell erfolgen und es dürfen nicht immer die gleichen Formulierungen benutzt werden. Voraussetzung für den effektiven Einsatz von Lob ist auch, dass der Lehrer das Kind gut beobachtet, so dass er es möglichst oft dabei «erwischen» kann, dass es das Richtige tut, und dann die Gelegenheit hat, ihm positive Konsequenzen zukommen zu lassen.

Zwar ist es sinnvoll, mit Lob und Nichtbeachtung zu arbeiten, oft sind die Mittel allein jedoch nicht wirksam, sondern müssen durch verschiedene andere, wirkungsvollere Belohnungen ergänzt werden, beispielsweise in Form von Sonderrechten wie der Erlaubnis, dem Lehrer zu helfen, zusätzliche Pausen zu machen, besondere Spiele zu spielen, an den Computer zu gehen oder etwas zu malen. Es ist wichtig, hier viele Möglichkeiten zur Verfügung zu haben, um Abnutzungseffekte zu vermeiden. Da Kinder mit ADHS häufig verstärkt werden müssen, sollte es ihnen außerdem möglich sein, sich einige dieser Belohnungen mehrmals am Tag zu verdienen.

Sehr wirksam ist auch der Einsatz von Belohnungsprogrammen auf der Basis von Punkte- oder Chipsystemen. Welche Belohnungen hierbei in Aussicht gestellt werden, entscheidet der Lehrer vielleicht am besten anhand eines Gesprächs mit dem Kind über die Dinge und Aktivitäten, die es sich als Belohnung wünschen würde, und auf der Grundlage seiner eigenen Beobachtungen.

Belohnungsprogramme können auch mit einer ganzen Gruppe durchgeführt werden, wobei es entweder vom Verhalten eines Kindes oder vom Verhalten allen Kindes abhängig gemacht werden kann, ob eine Belohnung gegeben wird. In den Genuss dieser Belohnung kommen dann aber alle Kinder der Klasse. Solche Gruppenprogramme sind besonders dann Erfolg versprechend, wenn die Gruppe ein Kind mit ADHS für störendes Verhalten belohnt, indem sie lacht oder sich an dem Verhalten beteiligt. Programme, bei denen es vom Verhalten des

Kindes mit ADHS abhängt, wie viele Punkte seine Klassenkameraden bekommen, haben den Vorteil, dass die anderen Kinder dazu motiviert werden, dem Kind mit ADHS zu helfen, sich angemessen zu verhalten, die Regeln zu befolgen und seine Aufgaben zu erledigen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Klasse in kleine Teams zu erteilen, die in Abhängigkeit von ihrem Verhalten Punkte gutgeschrieben oder abgezogen bekommen. Belohnt wird dann das Team mit den meisten Pluspunkten bzw. den wenigsten Minuspunkten. Gruppenprogramme haben einen Vorteil, dass das Kind mit ADHS keine Sonderrolle einnimmt; andererseits besteht dabei die Gefahr, dass das Kind mit ADHS die Gruppe gegen sich aufbringen kann, wenn die anderen seinetwegen Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Mit Hilfe von Punkteprogrammen lassen sich auch die schulischen Leistungen und die Arbeitssorgfalt des Kindes verbessern. Bei einem Programm, bekam das Kind für jede richtige Antwort ein Kreuzchen auf eine Karteikarte. Für diese Kreuzchen konnte es sich später von einer langen Liste mit Belohnungen eine herausuchen (z. B. etwas Süßes, freie Zeit, Zugang zu bestimmten Materialien, Picknick im Park usw.)

Das Programm bewirkte eine deutliche Verbesserung der Leistungen im Lesen und Rechnen sowie einen erheblichen Rückgang des störenden Verhaltens - ungefähr auf das Ausmaß, das bestanden hatte, als das Kind noch Medikamente eingenommen hatte.

In einem anderen - sehr innovativen - Programm erhielten die Kinder Marken für die erfolgreiche Bearbeitung von vier Aufgaben: bei zwei davon ging es ums Lesenlernen und den Gebrauch neuer Wörter in Sätzen und bei den anderen beiden darum, das Gelernte einem anderen Schüler beizubringen (peertutoring). Hatten die Kinder alle vier Aufgaben erledigt, bekamen sie eine Marke, für die sie 15 Minuten lang an einem Flipperautomaten oder mit einem elektronischen Spiel im Klassenzimmer spielen durften. Zusätzliche Spielzeit wurde außerdem jedes Mal gewährt, wenn ein Kind einen Test zu einer Lehreinheit bestand. Dieses Programm bewirkte, dass die Kinder Hausaufgaben sehr viel regelmäßiger und auch sorgfältiger erledigten. Darüber hinaus schnitten die Schüler auch besser bei wöchentlichen Lesetests ab. Die Durchführung des gesamten Programms lag in der Hand eines einzelnen Lehrers.

Die «Währung» der Belohnung muss an das Alter der Kinder angepasst werden. Bei Vier- bis Siebenjährigen ist es sehr wichtig, eine Sicht und eine fühlbare Währung zu benutzen, wie z. B. Pokerchips, während bei älteren Kindern und Teenagern mit Punkten, Zahlen oder Kreuzchen auf Karteikarten gearbeitet werden kann (Barkley, 2002).

3.5.4. Zusammenarbeit mit den Lehrern

Die Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Eltern ist wesentlich für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen. Wenn Eltern eine Aufgabe nicht gut gelungen finden, aber die Lehrerin damit zufrieden ist, weiß das Kind nicht, woran es ist. Dasselbe gilt für Verhaltensregeln. Wenn das Kind in der Klasse lernen soll, nicht einfach mit etwas herauszuplatzen, dann sollten Sie als Eltern überlegen, in welchem Rahmen Sie zu Hause darauf achten können oder wollen, dass Gesprächsregeln eingehalten werden. Das Kind darf nicht den Eindruck gewinnen, dass der Lehrer oder die Lehrerin aus Schikane auf bestimmten Dingen besteht. Je mehr die Erzieher an einem Strang ziehen, je einheitlicher das Konzept, desto deutlicher wird das Kind, was zu tun ist, und desto klarer sieht es, wonach es sich richten soll. Dafür sind die Zusammenarbeit und der regelmäßige Kontakt zu den Lehrern des Kindes eine Voraussetzung.

Wenn Ihr Kind durch einen Therapeuten betreut wird, kann die Wirkung der Therapie ziemlich sicher gefestigt werden, wenn Lehrer daran beteiligt werden. Was in der Therapiestunde erarbeitet wird, sollte in die Schule übertragen werden. Lernt ein Kind etwa, seine spontanen Ausbrüche zu beherrschen, indem es sich eine Stopp-Karte hinlegt und sich selbst die Anweisung gibt, langsam zu machen und erst mal zu überlegen, ist es natürlich wünschenswert, wenn diese Übung auch bei Aufgaben im Schulunterricht durchgeführt wird. Vielleicht denkt es nicht immer von selbst daran, das in der Therapiestunde gelernte Vorgehen in der Klasse einzusetzen. In diesem Fall ist es gut, wenn der Lehrer es daran erinnert, zum Beispiel indem er auf die Stopp-Karte deutet. Für das Kind ist es auch sehr positiv, wenn der Lehrer das Kind unmittelbar lobt, weil es systematisch gearbeitet hat.

Eine Therapie hat letztlich das Ziel, die Selbstkontrolle des Kindes insgesamt zu steigern. Es soll nicht nur in der geschützten Situation bei der Therapeutin, sondern auch im Alltag und insbesondere in der Schule lernen, die eigene Aufmerksamkeit zu steuern und seine Impulsivität und überschießende Motorik im Zaum zu halten. Die Lehrer können sagen, inwieweit sich das Verhalten des Kindes in der erwünschten Richtung verändert, denn sie beobachten sein Arbeitsverhalten aus nächster Nähe. Sie sind die Ersten, die seine Erfolge und Misserfolge wahrnehmen. (Imhof, 2003).

Zu ihnen ist ein Vertrauensverhältnis besonders wichtig. Deswegen sollte man nicht immer nur dann miteinander sprechen, wenn wieder einmal "etwas passiert" ist, sondern versuchen, regelmäßig Kontakt zu halten. Eine Möglichkeit ist ein Heft, über das Sie sich

regelmäßig mit dem Lehrer oder der Lehrerin Ihres Kindes austauschen, indem jeder seine Beobachtungen einträgt.

In regelmäßigen Abständen ist auch ein persönliches Gespräch in der Sprechstunde oder per Telefon angebracht. Dabei sollten Sie unbedingt auch von den erfreulichen Seiten berichten. Manchmal schaut man nur noch auf die Probleme und verliert darüber die Fortschritte aus dem Blick.

Im Folgenden gibt es sieben Schritte für eine bessere Umgebung zum Lernen

1. Finden Sie heraus, welche äußeren Bedingungen das Lernen begünstigen.
2. Öffnen Sie sich den Stärken des Kindes.
3. Regen Sie an, dem Kind Aufgaben zu geben, bei denen es Erfolg haben kann.
4. Denken Sie darüber nach, welche speziellen Schwierigkeiten auftreten könnten.
5. Erarbeiten Sie Möglichkeiten, "vermintes" Gelände zu umgehen.
6. Richten Sie die Arbeitsweise stets an der Entwicklung des Kindes aus.
7. Nehmen Sie Rücksicht auf die besondere Lernsituation des Kindes.

1. Finden Sie heraus, welche äußeren Bedingungen das Lernen begünstigen

Wird das Kind an seinem Arbeitsplatz abgelenkt? Ist Blickkontakt leicht und schnell möglich, die Kontrolle aber auch nicht zu eng? Gibt es "Auslauf"? Kann man - in der Schule oder Zuhause - die Möbel umstellen, damit die Lernbedingungen günstiger werden, etwa den Schreibtisch vom Fenster wegstellen, Poster und Pinnwand umhängen; Regal mit Utensilien neben dem Arbeitstisch anbringen, damit Geodreieck, Zirkel, Stifte, Schere, Kleber, Wörterbuch und so weiter immer parat sind, und nicht benötigte Gegenstände aus dem Blickfeld räumen? Sollte man den Fernseher mit einem Tuch zuhängen, das Telefon leise stellen, das Handy abschalten?

Am besten ist es, wenn Sie zusammen mit dem Kind den Arbeitsplatz so organisieren können, dass es kontinuierlich arbeiten kann und nichts ablenkt. Das Kind sollte wissen, dass die Betreuungsperson bei den Hausaufgaben in der Nähe und ansprechbar ist. Das heißt nicht, direkt dabeizusitzen, denn dadurch entsteht entweder Druck oder das Kind gibt ab und lässt sich die Aufgaben machen.

Wichtig ist auch ein zeitlicher Rahmen für die Arbeit. Kann das Kind das Ende absehen? Hat es einen Überblick über die Zeit? Für die Kinder sind Zeitstrecken, die scheinbar kein Ende nehmen oder deren Dauer sie nicht einschätzen können, schwer zu ertragen. Man kann für

den Anfang vereinbaren, dass das Kind zum Beispiel 15 Minuten lang arbeitet und die Aufgaben abliefert, die es in dieser Zeit geschafft hat. Auch wenn es nicht alles geschafft hat, ist es wichtiger, dass das Kind überhaupt lernt, länger bei der Sache zu bleiben.

2. Öffnen Sie sich den Stärken des Kindes

Welche Stärken des Kindes lassen sich im Unterricht nutzen? Welche Vorlieben hat es? Welche Ausdrucksform beherrscht es besonders gut - Körpersprache, Zeichnen, Musik? Welche Vorzüge könnten seine Spontaneität und Impulsivität haben? Auch Verhaltensweisen, die oft als störend empfunden werden, haben eine Kehrseite. Ungehemmte Neugier und Bewegungsdrang könnten die anderen mitreißen und ihnen Mut geben, etwas einfach einmal zu probieren. Reiten Sie nicht immer auf den Schwächen des Kindes herum. Wie kann das Kind zeigen, was es kann? Helfen ihm Bilder, Geschichten ausführlicher und vollständiger zu erzählen? Helfen ihm schriftliche Anweisungen zum Nachlesen bei komplexen Aufgaben? Erfolge sind für die weitere Motivation zum Lernen ganz wichtig. Kinder strengen sich eher an, wenn sie sehen, dass es sich lohnt. Aufgaben, mit denen die Schüler üben sollen, was sie noch nicht so gut beherrschen, sind ein zweischneidiges Schwert: einerseits notwendig, andererseits stoßen sie das Kind genau auf seine Schwächen. Die negativen Folgen lassen sich eingrenzen, indem Sie

- die Übungen zeitlich begrenzen,
- den Umfang mit dem Lehrer absprechen,
- Sorge tragen, dass das Kind auch seine Stärken einbringen kann, und
- nicht mit Lob sparen, auch wenn Sie mit dem Ergebnis noch nicht ganz zufrieden sein sollten.

3. Regen Sie an, dem Kind Aufgaben zu geben, bei denen es Erfolg haben kann

Kein Kind hat nur Schwächen. Wie könnten Sie die Stärken eines Kindes herausstellen? Wenn Ihr Kind gern malt, warum bitten Sie es nicht, zu einer Geschichte ein Bild zu malen, das dann aufgehängt wird? Wenn Ihr Kind schauspielerische Fähigkeiten hat und gut Stimmen nachahmen kann, könnte es doch der Familie etwas vorlesen. Findet sich ein Dienst, für den man dem Kind die Verantwortung übertragen kann? Häufig scheinen die besonderen Fähigkeiten von Kindern mit Konzentrationsschwierigkeiten nicht in den schulischen Kontext zu passen. Man lobt vielleicht ihre Kreativität, bezieht ihre Talente aber

nicht mit ein. Genau damit könnte sich das Selbstwertgefühl des Kindes verbessern und sein Stolz auf den eigenen Beitrag langsam aber sicher entwickeln.

4. Denken Sie darüber nach, welche Schwierigkeiten auftreten können

Bei manchen Dingen lassen sich schon bei der Planung die Probleme vorhersagen, die das Kind haben wird. Entsprechend frühzeitig kann man Lösungsmöglichkeiten bedenken. Sind Handlungen notwendig, die im Vorfeld geübt werden können? Gibt es eine Struktur, an der sich das Kind orientieren kann? Gibt es Spielraum, um auf die Bedürfnisse des überaktiven Kindes mit Konzentrationsschwierigkeiten einzugehen? Selbst wenn sich die Probleme nicht ausräumen lassen, sind Sie weniger frustriert, wenn Sie davon nicht überrascht werden. Effektive Unterstützung heißt, vorausschauend zu planen und sich zu fragen: "Wie muss eine Aufgabe für Hans aussehen, damit er bei der Sache bleiben kann?" Schwierigkeiten treten vor allem auf, wenn die Kinder

- sich relativ lange mit ähnlichen Dingen befassen müssen,
- lange warten, still sitzen und zuhören müssen oder
- lange angespannt sind, ohne sich zwischendurch entspannen zu dürfen.

5. Erarbeiten Sie Möglichkeiten, "vermintes" Gelände zu umgehen

Wie lassen sich Aufgaben und Aktivitäten abwandeln, sodass der Zweck erfüllt und das Problem vermieden wird. Welche Variationen können Sie einbauen, um die Aufmerksamkeit des Kindes aufrecht zu erhalten? Welche Reihenfolge der Aufgabe ist sinnvoll? Wie viele Anweisungen können Sie auf einmal geben? Welche Hilfsmittel können Sie zur Verfügung stellen? Welche Bewegungselemente lassen sich sinnvoll einsetzen? Welche Sinne werden angesprochen? Welche nicht? Wie könnten Sie das ändern?

Bei überaktiven Kindern mit Konzentrationsschwierigkeiten sind bestimmte Stolpersteine relativ leicht vorwegzunehmen. Diese Kinder kommen nicht so gut zurecht, wenn eine Lernsituation sehr offen ist. Sie werden unruhig, wenn sie nicht wissen, worauf es ankommt, was auf sie zukommt und wie lange sie arbeiten müssen. Sie haben Schwierigkeiten, wenn zu viel Information auf einmal kommt, wenn sie diese über längere Zeit behalten und sehr wortreiche Erklärungen verarbeiten sollen. Die nachfolgenden Vorschläge können Sie auch mit dem Klassenlehrer abstimmen.

Der regelmäßige Einsatz von Signalkarten hilft dem Kind, seine zuweilen überstürzte Arbeitsweise zu ändern und die davon galoppierenden Gedanken zu zügeln. Das könnte auf den Karten stehen:

- Stopp! Schau genau hin! Höre genau zu!
- Prüfe, ob du die Aufgabe verstanden hast!
- Überlege, ob du das kennst!
- Überlege genau, was zu tun ist! Überlege, was du brauchst!
- Überprüfe das Ergebnis! Gut gemacht!

Diese Schritte können Sie bei den Hausaufgaben, aber auch beim Basteln, Kochen oder beim Sport immer wieder vorleben und mit dem Kind üben. Wenn Sie wissen, dass das Kind nur schwer mit einem Stift schreiben kann, darf es seinen Aufsatz ruhig mit dem Computer schreiben. Damit verhindern Sie, dass es an der Handschrift scheitert und aufgibt, obwohl es hier eigentlich um fantasievolles Schreiben geht und Ihr Sohn oder Ihre Tochter gute Ideen gehabt hätte.

Bauen Sie bei Abwechslung ein. Verändern Sie die Reihenfolgen und mischen Sie die Aufgabenarten. Lässt sich die Gleichförmigkeit nicht vermeiden, muss irgendein neuer Reiz dazu kommen, damit das Kind bei der Sache bleibt. Beispielsweise hat sich bewährt, für Routinearbeiten leuchtfarbenes Papier zu nehmen. Der Reiz der Farbe scheint es den Kindern zu erleichtern, sich auf die Arbeit zu konzentrieren.

6. Richten Sie die Arbeitsweise stets an der Entwicklung des Kindes aus

Überlegen Sie: Welche Veränderungen und Entwicklungen haben Sie wahrgenommen? Können die Anweisungen allmählich komplexer werden? Ist das Kind in der Lage, zunehmend selbst die Kontrolle über seine Arbeiten zu übernehmen? Sind die Methoden, mit denen Sie arbeiten, noch altersangemessen? Inwieweit können Sie die Überwachung der Arbeit des Kindes zurücknehmen? Wie nimmt das Kind selbst seine eigene Arbeit, seine Schwierigkeiten und Fortschritte wahr?

Überprüfen Sie Lösungshilfen, Unterstützungsangebote und Kontrollfunktionen möglichst regelmäßig und, so weit es geht, zusammen mit dem Kind. Schließlich sollen die Kinder langfristig lernen, selbstständig zu arbeiten und zu lernen. Überlegen Sie das weitere Vorgehen gemeinsam, welche Aufgaben und Hilfestellungen sich bewährt haben und welche

verändert werden können und müssen. Achten Sie dabei unbedingt darauf, die Fördermaßnahmen auf einige wenige Punkte zu konzentrieren.

7. Nehmen Sie Rücksicht auf die Lernsituation des Kindes

Prüfen Sie: Welche Rückmeldungen erhält das Kind von Ihnen? Sagen Sie klar und deutlich genug, was Sie von dem Kind erwarten? Spenden Sie viel Lob? Wenn Sie tadeln, weiß das Kind dann, wofür es getadelt wird? Weiß es genau, was es hätte tun sollen? Sind Lob und Tadel klar getrennt und nicht nach dem Motto: "Das war ja ganz schön, aber ..." vermischt? Geben Sie dem Kind unmittelbar zu erkennen, welches Verhalten angemessen war und welches nicht?

Wenn ein Tadel erforderlich ist, sollte er unbedingt auch zeitlich unmittelbar im Zusammenhang mit dem unangemessenen Verhalten stehen, klar und eindeutig sein und einen Hinweis auf das erwünschte Verhalten enthalten: "Tamara, renne nicht einfach in das Zimmer deiner Schwester. Klopfe an, wenn du sie etwas fragen willst." Ausführlichere Erklärungen kommen oft gar nicht an: "Tamara, ich weiß, du gibst dir schon sehr viel Mühe, aber du musst das wirklich noch ein bisschen besser hinkriegen und anklopfen, bevor du ins Zimmer kommst und deine Schwester etwas fragst." Es ist nicht sehr effektiv, wenn Sie dem Kind nur mitteilen, was es nicht tun soll: "Tamara, ich habe dir doch schon hundertmal gesagt, dass du nicht ins Zimmer deiner Schwester rennen sollst!" Bei erfreulichen und erwünschten Verhaltensweisen gilt Ähnliches. Viele Worte fallen auf taube Ohren. Am besten loben sie das Kind kurz und bündig, aber ganz konkret:

"Schön, dass du angeklopft hast." Noch besser ist es, wenn die Kinder etwas "zum Anfassen" bekommen vorausgesetzt, das Kind verliert nicht ständig etwas, zum Beispiel eine Spielmarke, Stempel mit lustigen Motiven, Aufkleber, bunte Miniklammern zum Anstecken, kleine Dinge, die sie sammeln und später eintauschen können, vielleicht gegen Spielzeit am Computer oder eine andere Lieblingsaktivität. Wie ist das bei Ihnen: Was sagen Sie dem Kind, wenn es um ein Arbeitsergebnis oder ein Verhalten geht? Berücksichtigen Sie seine individuellen Lernbedingungen und Besonderheiten? Zeigen Sie dem Kind, wie sein Verhalten, seine Anstrengung mit dem Arbeitsergebnis zusammenhängen? Welchen Maßstab legen Sie an, wenn Sie die Leistungen des Kindes bewerten?

Es ist wichtig, dass das Kind einen Erfolg mit seiner eigenen Anstrengung oder seiner eigenen Begabung in Verbindung bringt. Wenn Sie schweigen oder nur sagen: "Na also, du kannst ja,

wenn du willst!" oder auch: "Na, da hast du dieses Mal aber Glück gehabt!", dann versäumen Sie eine wichtige Gelegenheit, dem Kind den Zusammenhang zwischen seinem Einsatz und dem Erfolg zu zeigen. Gerade Kinder mit Konzentrationsschwierigkeiten sehen diese Zusammenhänge häufig nicht von selbst. Sie müssen immer wieder darauf hingewiesen werden.

Für das Kind mit Konzentrationsschwierigkeiten ist es entscheidend, dass es für seine Lernanstrengungen unmittelbare Rückmeldung erhält und nicht erst auf Rückmeldungen über Arbeitsergebnisse warten muss, die in großen zeitlichen Abständen kommen. Wenn es sich in der Schule Mühe gibt und die Belohnung in Form einer guten Note erst am Schuljahresende mit dem Zeugnis kommt, dann ist der Zusammenhang zwischen der Note und der eigenen Anstrengung für das Kind nicht mehr erkennbar.

Geben Sie dem Kind daher regelmäßig direkte Rückmeldungen, sagen Sie ihm genau, was gut war. Dinge, die noch nicht so gelungen sind, muss man nicht erwähnen. Unerwünschte Nebenwirkungen von angemessenem Lob sind jedenfalls noch nicht bekannt (Imhof, 2003).

Die Bereitschaft der Lehrer mit Eltern oder Fachleuten zu arbeiten, hängt weitgehend von seiner Ausbildung und Grundeinstellung ab sowie von seinen persönlichen Erfahrungen und seinen Ansichten zu Erziehungsfragen. Eher antiautoritär eingestellte Lehrer benutzen nur ungern Verhaltensmodifikationsstrategien, aus der Sorge heraus, dass diese Methoden zu mechanisch seien und die natürliche Entwicklung und Lernmotivation des Kindes nicht angemessen förderten. Diese Bedenken sind unbegründet und lassen sich manchmal in einem Gespräch mit einem Fachmann oder einer Fachfrau zerstreuen. In anderen Fällen lassen sich die Ansichten nicht verändern, was einen effektiven Einsatz verhaltensverändernder Programme im Klassenzimmer sehr erschwert. In diesen Fällen wäre ein Wechsel des Kindes zu einem Lehrer in Erwägung zu ziehen, der weniger Vorbehalte gegen den Einsatz von Verhaltensprogrammen hat.

Manchmal beruht der Widerstand von Lehrern gegen verhaltensmodifizierende Methoden nicht so sehr auf einer damit unvereinbaren pädagogischen Einstellung, sondern auf der Meinung, dass die Probleme der Kinder mit ADHS emotionaler Natur seien und ihre Ursachen in Konflikten oder chaotischen Familienverhältnissen hätten. Andere Lehrer halten angesichts der biologischen Grundlage der Störung Medikamente für die einzig richtige Lösung. Und wieder anderen Lehrern widerstrebt es, ihren Unterrichtsstil zu ändern, weil sie

glauben, dass dies hieße, ihr eigenes Verhalten sei die Ursache für die Probleme des Kindes (Barkley, 2002).

3.6. Familientherapie

In vielen Fällen ist es sinnvoll, die Einzeltherapie des Kindes durch familienzentrierte Maßnahmen zu ergänzen. Schließlich ist das Leben mit hyperaktiven Kindern in der Familie oft sehr spannungsgeladen und von ambivalenten Gefühlen und evtl. auch Schuldzuweisungen und Ängsten begleitet. In manchen Fällen benötigen Familien professionelle Unterstützung, um Beziehungen untereinander zu klären, neu zu definieren und nach innovativen und reflektierten Bahnen zu gestalten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass hierdurch die Eltern nicht in eine leidige, 'Versagerrolle' geraten und wiederum als Schuldige etikettiert werden, die nun selbst einer Therapie bedürfen. Vielmehr ist der Sinn und Zweck dieser Maßnahmen darin zu sehen, neben Informationen den Eltern v. a. Beratung zukommen zu lassen sowie sie über die koordinierten und mit den Kindern trainierten Verhaltensweisen in Kenntnis zu setzen und selbst verhaltenstherapeutische Methoden, wie Selbstmanagement-Interventionen in Verbindung mit Token - Systemen und Verstärker Entzugssystemen, Time-out-Maßnahmen etc. zu erlernen. So dass diese auch im alltäglichen Umfeld eingeübt und genutzt werden können. Darüber hinaus können solche Maßnahmen auch dazu beitragen, verfestigte negative Interaktionsmuster innerhalb der Familie aufzuspüren und aufzubrechen, um innovativen Wege und positive Sozialbeziehungen für einen konstruktiven Umgang miteinander, Freiraum zu verschaffen. Voraussetzung für Elterntrainings sind eine hinreichende Kooperationsbereitschaft der Bezugspersonen und vorhandene familiäre Ressourcen, sich zu ändern und sich positiv und verständnisvoll dem ADS-Kind gegenüber zu verhalten. Nicht allein das Verhalten des Kindes soll sich durch die Therapie ändern (Döpfner/Frölich/Lehmkuhl, 2000; Götz, 2004).

Psychisch instabile oder gar kranke Eltern gefährden von Anfang an die Therapie. ADHS - betroffene Eltern können selten konsequent sein, sie sind sehr empfindlich, können sich oft gefühlsmäßig schlecht steuern, d. h. sie schreien schnell und schimpfen, sagen leicht einmal etwas Unüberlegtes. Meist haben sie Probleme mit ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Selbstbehauptung.

Die Geschwister sollten unbedingt in die Familientherapie mit einbezogen werden. Auch wenn sie sich dieser verweigern, sollten sie wenigsten ein- bis zweimal mit in die Praxis

kommen, damit der Therapeut sie persönlich kennen lernt, und mit ihnen sprechen kann. Geschwister, die ebenfalls ein ADHS haben, sollten entsprechend diagnostiziert und darüber informiert werden. Einen besonderen Fall stellen die Geschwister dar, die das "kranke" ADHS-Kind für ihre eigene Position in der Familie brauchen. Diese Geschwister können mit aller Macht durch ihre Aktivitäten den Erfolg der Behandlung verhindern. Meist sind es größere Geschwister, die jeden Kontakt zum Therapeuten ablehnen. Sie wissen nur zu gut, dass sie wahrscheinlich selbst eigene Probleme haben, wollen oder können diese jedoch nicht zugeben, "schließlich sind sie ja nicht krank!" Durch permanentes Reizen und Provozieren ihrer von ADHS betroffenen Geschwister gelingt es ihnen immer wieder, deren Therapie zu erschweren und zu stören (Simchen, 2002).

Bei Störungen der familiären Beziehungen sind familientherapeutische Interventionen auf systemischer, struktureller oder tiefenpsychologischer Basis indiziert (Ott, 2004).

3.7. Gruppentherapie

Eine Verhaltenstherapie in der Gruppe hat viele Vorteile für ADHS-Kinder. Leider kann sie aus technischen Gründen von vielen ADHS-Spezialisten nicht regelmäßig angeboten werden. Sie setzt eine Qualifikation der Therapeuten zur Gruppenbehandlung voraus. Behandlungstechnische Voraussetzungen sind zudem zuerst eine stabile Gruppe, d. h. eine feste Anzahl von Kindern, die zu jedem Termin möglichst regelmäßig und pünktlich erscheinen. Ferner benötigt man einen großen Raum mit vielen Möglichkeiten zur Beschäftigung und körperlichen Bewegung. Dazu einen Aufenthaltsraum für die Eltern und für diesen einen Ansprechpartner, der Zeit hat.

Es gibt sehr gute gruppentherapeutische Behandlungskonzepte, speziell für ADHS-Kinder. Sie kommen dem starken Bedürfnis des Kindes zur Kontaktaufnahme mit anderen Kindern entgegen und seinem Bestreben nach gemeinsamer Betätigung und Anerkennung in der Gemeinschaft (Simchen, 2002). Die Kinder haben in einer Gruppe die Möglichkeit sich mit anderen zu vergleichen und einzuschätzen. In der Gruppe lernen die Kinder zu warten, sich durchzusetzen und auf andere Rücksicht zu nehmen. An anderen kann sich das Kind orientieren und auch für diese ein Vorbild sein.

Ein weiterer Zugewinn bei Gruppentherapien entsteht durch motivationale Faktoren. Die Kinder haben mehr Spaß, wenn sie mit anderen Kindern zusammen sind und können die Erfahrung machen, dass sie nicht ausgegrenzt zu werden, wenn sie mit anderen zusammen

kommen, die ähnliche Probleme haben wie sie selbst. Ein Vorteil entsteht durch den sozialen Kontext. Durch die Gruppensituation bieten sich folgende Möglichkeiten: (1) die Gruppenmitglieder können als Interaktionspartner für soziale Erfahrungen genutzt werden, (2) die Gruppe kann ein Medium für emotionale Erfahrungen sein („wie fühle ich mich, was erlebe ich, wenn ich mit anderen zusammen bin“) und (3) die Gruppe kann Übungsfeld sein, in dem pädagogische und verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden. Im (strukturierten) Gruppensetting bietet sich für Kinder die Möglichkeit, Strategien in einem realitätsnahen aber geschützten Erfahrungsfeld einzuüben.

Schwierigkeiten bei der Durchführung von Gruppentherapien können sein: (1) Nicht alle Kinder lassen sich in einer Gruppe gut führen, weil sie so starke Verhaltensauffälligkeiten zeigen, dass die übrigen Gruppenmitglieder darunter leiden und konzentriertes Arbeiten nicht möglich ist. (2) Ein Einzeltraining lässt sich besser auf den Einzelnen zuschneiden (bei der Zusammenstellung und Umsetzung der Trainingsinhalte ist ein möglichst großer Bereich der Überschneidung der Interessen bzw. Probleme der Einzelnen notwendig, um die Motivation zur Mitarbeit aufrecht zu erhalten), und (3) in einer Gruppe können manche Kinder anderen auch ein negatives Vorbild sein. Die Ausgangsfrage lässt sich wie folgt beantworten: Gruppentherapien sind näher an realen Lebenssituationen als Einzeltrainings. Die Beziehungen zu Peers haben für Kinder und Jugendliche einen hohen Stellenwert. Es ist bekannt, dass Kinder mit hyperkinetischen Störungen oft Probleme mit Gleichaltrigen haben. Deshalb liegt es nahe, dies in einem möglichst realen Übungsfeld zu trainieren. Hier können die Kinder lernen die Perspektive von anderen zu übernehmen. Bei der Durchführung ist darauf zu achten, dass sich die Gruppenmitglieder nicht gegenseitig ein negatives Vorbild bieten (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2002). Es wird deshalb auf eine ausreichende Steuerung durch den Therapeuten zu achten sein. Abzuwägen ist deshalb, ob ein Therapeut allein ausreichend ist oder ob ein Co-Therapeut notwendig ist, um die verschiedenen Gruppenmitglieder im Blick zu behalten. Grundsätzlich kann man sagen, dass Gruppentherapien möglich und nötig sind, die beschriebenen Schwierigkeiten müssen jedoch bei der Umsetzung der Therapien beachtet werden (Ott, 2004).

3.8. Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)

Döpfner, Schürmann und Frölich (1997) haben ein Therapieprogramm für Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) entwickelt. Hierbei handelt sich um ein manualisiertes verhaltenstherapeutisches Eltern-Kind-Programm.

Das Eltern-Kind-Programm besteht aus 21 Behandlungsbausteinen, in denen zwei Interventionsformen miteinander verknüpft sind:

- die familienzentrierten Interventionen und
- die kinderzentrierten Interventionen.

Die 20 familienzentrierten Interventionen sind mit dem Buchstaben F gekennzeichnet und von F01 bis F19 durchnummeriert. Die 16 kinderzentrierten Interventionen sind mit dem Buchstaben K gekennzeichnet und von K01 bis K18 durchnummeriert. Die Nummern der Interventionen entsprechen den jeweiligen Nummern der familienzentrierten Interventionen.

3.8.1. Ziel des Eltern-Kind-Programms

Ziel des Eltern-Kind-Programms sind Veränderungen der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen auf der Mikroebene (Microteaching), die als notwendige Voraussetzung für eine umfassende Verminderung der Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie angesehen werden. Das familiäre und psychosoziale Bedingungsgefüge (Makroebene), in dem diese Interaktionen stattfinden, darf jedoch dabei nicht übersehen werden. Erfolgreiche und vor allem stabile Veränderungen auf der Mikroebene lassen sich nur erreichen, wenn sie auf der Makroebene verankert sind. Ausgangspunkt der Therapie ist deshalb das familiäre Bedingungsgefüge, das gemeinsam mit den Eltern erarbeitet wird. Dabei werden neben den Eigenschaften des Kindes auch Eigenschaften, Wünsche und Ziele der Eltern sowie familiäre Belastungen (z. B. durch Partnerschaftsprobleme, berufliche oder finanzielle Belastungen) berücksichtigt (Döpfner, Frölich, Lehmkuhl, 2000).

Zentrale Fragen bei der Verbindung von Mikro- und Makroebene sind: Wie beeinflussen Eigenschaften des Kindes, Eigenschaften der Eltern und familiäre Belastungen

- das Verhalten des Kindes direkt,
- die Wahrnehmung des Verhalten des Kindes durch die Eltern und

- die Reaktionen der Eltern auf das Verhalten des Kindes?

Die Verminderung weiterer Probleme und Belastungen in der Familie für die Verringerung der Verhaltensprobleme des Kindes von großer Bedeutung sein. Deshalb werden diese Probleme im Rahmen des Eltern-Kind-Programms bearbeitet (siehe Therapiebausteine F02 bis F04). Bei tiefgreifenden und umfassenden Problemen, die den vorgegebenen Behandlungsrahmen sprengen (z. B. manifeste Depression der Mutter, Alkoholismus, massive Partnerschaftsprobleme), sollen die Eltern zur Aufnahme geeigneter Therapien motiviert werden (Döpfner, Schürmann, Frölich, 1997).

3.8.2. die Therapiebausteine

Eltern-Kind-Programmes sind in sechs Themenkomplexe gruppiert:

1. Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und einer Behandlungsplanung
2. Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen
3. Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten
4. Spezielle operante Methoden (Vermittlung von Token- und response-cost-Systemen).
5. Intervention bei spezifischen Verhaltensproblemen.
6. Stabilisierung der Effekte (erreichte Veränderungen werden durch den Erwerb von Strategien zur Lösung zukünftig auftretender Probleme durch die Eltern angepeilt)

1. Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung (F01 bis F04, K01 bis K04)

In den ersten vier Einheiten werden zunächst die Verhaltensprobleme des Kindes definiert, die Gegenstand der Therapie sein sollen. Danach wird ein gemeinsames Störungskonzept erarbeitet, das neben den Verhaltensstörungen des Kindes familiäre Belastungen sowie psychische Probleme und Temperamentsmerkmale der Eltern berücksichtigen. Aus diesem Störungskonzept werden die Behandlungsziele abgeleitet, die sich nicht nur auf die Verhaltensprobleme des Kindes, sondern auch auf andere Probleme in der Familie oder einzelner Familienmitglieder beziehen können. Damit wird eine Einbettung der symptomzentrierten Interventionen auf der Mikroebene der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen in einen umfassenden Behandlungsansatz gewährleistet. Im Mittelpunkt dieser Bausteine stehen die familienzentrierten Interventionen, die überwiegend mit den

Eltern allein durchgeführt werden. Die kinderzentrierten Interventionen sind für Kinder ab dem Schulalter geeignet und ergänzen die familienzentrierten Interventionen.

2. Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen (F05 und F06, K05 und K06)

Diese beiden Bausteine dienen der Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen, die eine Verbesserung der Eltern-Kind Beziehungen bewirken sollen. Im Mittelpunkt dieser Bausteine stehen die familienzentrierten Interventionen, die in der Regel mit den Eltern und dem Kind gemeinsam durchgeführt werden. Die kinderzentrierten Interventionen sind für Kinder ab dem Schulalter geeignet und ergänzen die familienzentrierten Interventionen.

3. Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten (F07 bis F11, K07/08 bis K11)

Die Therapiebausteine F07 (mit K07/08) bis F11 (mit K11) sollen den Eltern helfen, impulsives und oppositionelles Verhalten durch pädagogische Interventionen besser zu bewältigen. Die Eltern werden angeleitet, ihrem Kind wirkungsvolle Aufforderungen zu geben, sich bei angemessenem Verhalten des Kindes ihm positiv zuzuwenden, eine hinreichende Kontrolle über das Kind aufzubauen und bei problematischem Verhalten angemessene negative Konsequenzen zu setzen. Im Wesentlichen werden also allgemeine Erziehungspraktiken eingeübt und vor dem Hintergrund verhaltenstheoretischer Konzepte auf die spezifische Problematik angewandt.

4. Spezielle operante Methoden (F12 bis F15, K12 bis K15)

In den Einheiten F12 (mit K12) bis F15 (mit K15) werden Token-Systeme (Münzverstärkungsprogramme), Verstärker-Entzug (Response-Cost) und Auszeit (Timeout) als spezifische verhaltenstherapeutische Techniken zur Verminderung von umschriebenen Verhaltensproblemen und zum Aufbau angemessener Verhaltensalternativen eingeführt. Sie finden hauptsächlich bei Problemen Anwendung, die sich durch die pädagogisch-therapeutischen Interventionen nicht hinreichend vermindern lassen.

5. Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen (F16a bis F18, K16a bis K18)

Die Einheit F16a dient der Verbesserung von Spielintensität und Spielproduktivität hauptsächlich bei hyperkinetisch auffälligen Kindern im Kindergartenalter, während die Einheiten F16b und F17 für Kinder im Schulalter konzipiert sind und auf die Verbesserung des Arbeitsverhaltens und die Verminderung von Problemen während der Hausaufgabenzeit abzielen. In der Einheit F18 wird die Übertragung der Interventionen auf außerfamiliäre Situationen (Verhalten in der Öffentlichkeit, z. B. in Geschäften und Restaurants) thematisiert. Im Mittelpunkt, der Bausteine F16a/K16a und F16b/ K16b stehen zunächst die kinderzentrierten Interventionen, die der Therapeut in der Regel mit dem Kind alleine durchführt. Die familienzentrierten Interventionen werden später eingesetzt und dienen dazu, die Eltern als Co-Therapeuten anzuleiten, so dass die Interventionen in der Familie fortgeführt werden können. Der Baustein K16c (Selbstmanagement) ist die einzige kinderzentrierte Intervention, der keine familienzentrierte Intervention direkt zugeordnet ist. In diesem Baustein, der für Schulkinder etwa ab der zweiten Klasse geeignet ist, werden mit dem Kind Möglichkeiten der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle erarbeitet, die ergänzend zu verschiedenen anderen familienzentrierten Interventionen eingesetzt werden können.

Demgegenüber stehen für die Bausteine F17 bis F18 die familienzentrierten Interventionen im Mittelpunkt, die in der Regel mit den Eltern und dem Kind gemeinsam durchgeführt werden, Die kinderzentrierten Interventionen für den Behandlungsbaustein 17 sind für Kinder ab dem Schulalter geeignet und ergänzen die familienzentrierten Interventionen.

6. Stabilisierung der Effekte

In der Einheit F19 wird mit den Eltern erarbeitet, wie sie künftig Probleme eigenständig bewältigen können. Zusätzlich zu diesen Bausteinen gibt es zwei ergänzende kinderzentrierte Interventionen (K20 und K21).

Allerdings werden in der Regel nicht alle Einheiten in dieser Abfolge bearbeitet, sondern können entsprechend der individuellen Problemkonstellation zusammengestellt werden.

3.8.3 Allgemeiner Aufbau der Therapiesitzungen

3.8.3.1. Teilnehmer an den Sitzungen

Die familienzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programms werden teilweise mit den Eltern allein, überwiegend aber mit Eltern und Kind gemeinsam durchgeführt. Analog werden die kinderzentrierten Interventionen teilweise allein mit dem Kind, überwiegend gemeinsam mit den Eltern durchgeführt.

Bei den familienzentrierten Interventionen ist die Mitarbeit beider Elternteile meist wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig. Die Therapie kann Schwerpunktmäßig mit der Hauptbezugsperson des Kindes (meist der Mutter) durchgeführt werden. Der zweite Elternteil sollte aber nach Möglichkeit bei der Bearbeitung der ersten vier Therapiebausteine teilnehmen, in denen die Probleme definiert, ein gemeinsames Störungskonzept entwickelt und die Behandlung geplant wird. An diesen Sitzungen sollte das Kind nicht teilnehmen, weil Themen oder Probleme angesprochen werden, die häufig für das Kind belastend sind. (z.B. massive Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind oder Partnerkonflikte) und deshalb von den Eltern in Anwesenheit des Kindes nicht offen angesprochen werden können.

Allerdings ist es sehr wichtig, die Perspektive des Kindes zu den Themen Problemdefinition, Störungskonzept und Therapieziele zu kennen. Deshalb werden die Themen der ersten vier Bausteine des Eltern-Kind-Programms in den kinderzentriert Interventionen parallel mit dem Kind allein erarbeitet. Zusätzlich dienen Spielstunden dem Beziehungsaufbau zum Kind. Danach wird in einem gemeinsamen Gespräch mit Eltern und Kind die gemeinsame Therapieplanung abgeschlossen.

In den weiteren Bausteinen der familienzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programms ist in der Regel die Anwesenheit des Kindes wünschenswert. Es gibt jedoch Bedingungen und Konstellationen, die eine Bearbeitung einzelner Bausteine allein mit den Eltern/einem Elternteil sinnvoll erscheinen lassen, dazu gehören je älter das Kind ist, desto wichtiger ist generell seine Teilnahme an den familienzentrierten Interventionen, weil das Kind besser aktiv in den Problemlöseprozess einbezogen werden kann und seine eigene Perspektive der Dinge mitteilen kann. Bei Ausschluss aus den Elterngesprächen reagieren ältere Kinder häufig misstrauisch und befürchten, dass Dinge beschlossen werden, die nicht in ihrem Interesse sind.

Bei den kinderzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programms ist es in einigen Bausteinen günstiger, die Themen mit dem Kind zunächst allein zu bearbeiten und danach noch einmal gemeinsam mit den Eltern und dem Kind über die Wackelpeter & Trotzkopf-Geschichte zu sprechen. In den meisten Bausteinen wird die Wackelpeter & Trotzkopf-Geschichte gemeinsam mit dem Kind und den Eltern bearbeitet, bevor die entsprechenden familienzentrierten Interventionen durchgeführt werden. Wenn jedoch eine ausgeprägt negative Eltern-Kind-Beziehung mit starker Vorwurfshaltung der Eltern vorliegt, ist es in der Regel günstiger, die kinderzentrierten Interventionen zunächst mit dem Kind allein durchzuführen.

3.8.3.2. Sitzungsfrequenz

In der Regel finden die Sitzungen einmal pro Woche statt, in Fällen, in denen ausgeprägte Belastungen vorhanden sind, können Sitzungen nach zweimal pro Woche durchgeführt werden. Für die ersten vier Behandlungsbausteine, in denen die Probleme definiert, ein gemeinsames Störungskonzept entwickelt und die Behandlung geplant wird, bietet sich eine höhere Sitzungsfrequenz an, weil belastete Eltern in dieser Phase häufig danach drängen, dass etwas unternommen und nicht nur analysiert wird. Zum Ende der Behandlung empfiehlt es sich, Sitzungen in zunehmend größeren Abständen durchzuführen, um damit eine Stabilisierung der Behandlungseffekte zu unterstützen.

3.8.3.3. Sitzungsdauer

Die Sitzungsdauer beträgt in der Regel 50 bis 60 Minuten. Eine verlängerte Sitzung ist vor allem dann indiziert, wenn mit den Eltern allein zentrale Themen bearbeitet werden oder wenn mit den Eltern und dem Kind gemeinsam ein Baustein bearbeitet wird und mit dem Kind allein eine Wackelpeter & Trotzkopf-Geschichte bearbeitet oder eine spielerische Aktion durchgeführt wird. Die Bearbeitung einer Wackelpeter & Trotzkopf-Geschichte nimmt etwa 15 bis 20 Minuten in Anspruch.

Die meisten Behandlungsbausteine sind so konzipiert, dass ein Baustein in der Regel innerhalb einer Sitzung bearbeitet werden kann. Gelegentlich sind jedoch mehrere Sitzungen für die Bearbeitung eines Behandlungsbausteins notwendig. Die Behandlungsbausteine sollten nicht zu schnell hintereinander durchgearbeitet werden. Man

sollte erst dann zum nächsten Behandlungsbaustein übergehen, nachdem vorangegangener Behandlungsbaustein vollständig bearbeitet worden ist.

3.8.3.4. Behandlungsdauer

Die Dauer der Behandlung ist sehr variabel. In wenigen Fällen, in denen die Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie sehr begrenzt sind (z. B. ausschließlich Auseinandersetzungen bei den Hausaufgaben) und ansonsten auch keine gravierende andere Familienprobleme vorhanden sind, kann die Behandlung in weniger als zehn Sitzungen abgeschlossen werden. Selten dauert eine Therapie länger als 40 Sitzungen. Häufig ist jedoch eine längerfristige grobmaschige Nachsorge indiziert (Döpfner, Schürmann, Frölich, 1997).

3.8.4. Aufbau der Sitzungen

3.8.4.1. Gespräch über Ereignisse seit dem letzten Kontakt

Zu Beginn jeder Sitzung werden die Eltern (und das Kind) gebeten, von Ereignissen zu berichten, die seit dem letzten Kontakt mit dem Therapeuten stattgefunden haben. Das Gespräch dient der allgemeinen Orientierung des Therapeuten und als Aufwärmphase. Wenn keine wichtigen Ereignisse stattgefunden haben, wird dieses Gespräch auf etwa fünf Minuten begrenzt sein.

3.8.4.2. Bearbeitung der Problemliste und Besprechung der Therapieaufgaben

Nach dem Gespräch über allgemeine Ereignisse wird das Gespräch auf die Entwicklung der Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie und auf andere Probleme in der Familie gelenkt, deren Verminderung Ziel der Behandlung ist. Dabei werden die Eltern gebeten, die Problemliste über Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie zu bearbeiten.

In der Regel erhalten die Eltern (und das Kind) zum Ende jeder Sitzung eine Therapieaufgabe, die meist die Durchführung einer Intervention in der Familie beinhaltet. Die Erfahrung der Eltern (und des Kindes) mit der Durchführung der Therapieaufgabe aus der vorangegangenen Sitzung wird ausführlich besprochen, meist anhand von Protokollen, die von den Eltern angefertigt werden. Konnten die Therapieaufgaben erfolgreich umgesetzt werden, wird mit den Eltern (und dem Kind) besprochen, ob und auf welche Art die Aufgabe für die nächste Zeit weitergeführt wird. Traten Probleme bei der Umsetzung der Aufgabe

auf, so werden diese Schwierigkeiten genau analysiert und entsprechende Modifikationen in der Aufgabe werden durchgeführt. Gehen Sie grundsätzlich davon aus, dass die Therapieaufgaben in der Regel beim ersten Versuch nicht erfolgreich umgesetzt werden können, sondern dass Modifikationen notwendig sind. Es kann durchaus vorkommen, dass die gesamte Sitzung für die Besprechung der Probleme bei der Durchführung der Therapieaufgaben benötigt wird und die ursprünglich geplante Bearbeitung anderer Therapiebausteine zurückgestellt werden muss.

Nach der Besprechung der Therapieaufgabe der letzten Sitzung werden die Erfahrungen mit den Therapieaufgaben früherer Sitzungen zumindest kurz angesprochen und über deren Weiterführung oder über notwendige Adaptation entschieden.

3.8.4.3. Bearbeitung eines Therapiebausteins

Nach der Besprechung der vorangegangenen Therapieaufgaben kann ein neuer Therapiebaustein bearbeitet oder ein bereits bearbeiteter Therapiebaustein vertieft werden. Bei der Einführung eines neuen Behandlungsbausteins werden zunächst die Ziele des Therapiebausteins erläutert. Die wichtigsten Schritte eines Bausteines sind anhand von Regeln für die Durchführung von Interventionen in der Familie in einem Elternleitfaden zusammengefasst. Dieser Leitfaden wird in der Therapiestunde besprochen und den Eltern als Erinnerungshilfe mit nach Hause gegeben. Die Regeln sind wichtige Orientierungshilfen, müssen aber vom Therapeuten gemeinsam mit den Eltern den individuellen Bedingungen angepasst werden. Häufig wird die Intervention nach der Erarbeitung der Regeln eingeübt. Danach wird die Durchführung der Intervention in der Familie als Therapieaufgabe besprochen und die konkreten Durchführungsmodalitäten werden festgelegt.

3.8.4.4. Integration der kinderzentrierten Interventionen

In den Durchführungsanleitungen zu den Therapiebausteinen wird die Integration der kinderzentrierten Interventionen im Therapiebaustein jeweils beschrieben. Meist ist es günstiger, die kinderzentrierten Interventionen vor die Bearbeitung der familienzentrierten Interventionen zu stellen. Das Kind wird auf diese Weise auf den neuen Therapiebaustein im Eltern- Kind- Programm vorbereitet und kann dann eher aktiv am Eltern-Kind-Programm teilnehmen. Manchmal ist es jedoch günstiger die kinderzentrierten Interventionen nach

den familienzentrierten Interventionen durchzuführen, vor allem dann, wenn wesentliche Punkte erst mit den Eltern geklärt werden müssen, um den Baustein an die individuellen Bedingungen anzupassen.

Die Sitzungen, in denen das Spieltraining (K16a), das Selbstinstruktionstraining (K16b) oder das Selbstmanagement-Programm (K16c) mit dem Kind durchgeführt werden, finden zunächst nur mit dem Kind statt. Jedoch wird auch bei diesen Sitzungen zunächst mit Eltern und Kind ein kurzes Gespräch über Ereignisse seit dem letzten Kontakt geführt, die Problemliste wird bearbeitet und Therapieaufgaben aus früheren Sitzungen werden besprochen.

3.8.5. Zusammenstellung eines individuellen Eltern- Kind- Programms

Das Eltern-Kind-Programm ist kein Standardprogramm, das mit allen Bausteinen bei allen Fällen durchgeführt wird. Da die individuellen Bedingungen sich von Familie zu Familie und von Kind zu Kind erheblich unterscheiden, ist eine sorgfältige Zusammenstellung eines individuellen Eltern-Kind-Programms wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention. Durch seine flexible Struktur trägt das Eltern-Kind-Programm diesem Umstand Rechnung.

Die Auswahl der Behandlungsbausteine orientiert sich an dem im Baustein F03 erarbeiteten gemeinsamen Störungskonzept und an den im Baustein F04 bezogen auf die Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes in der Familie und die Verminderung anderer Probleme in der Familie. Die endgültige Therapieplanung erfolgt also erst im Baustein F04, wobei die Planung dem Verlauf der Behandlung kontinuierlich angepasst werden muss. Die Therapieplanung wird bereits zum Abschluss der Diagnostik durchgeführt.

Die Zusammenstellung des individuellen Eltern-Kind-Programms erfolgt nach der Bearbeitung der ersten drei Behandlungsbausteine, die immer durchgeführt werden sollen. Im vierten Baustein, der ebenfalls grundsätzlich durchgeführt wird, werden die Behandlungsziele gemeinsam mit den Eltern definiert und die Behandlungsplanung wird vorgenommen.

3.8.6. Beziehungsaufbau

Der Aufbau einer positiven und vertrauensvollen Beziehung zu dem Kind und zu den Eltern stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung dar. Nur auf einer solchen Basis lassen sich die einzelnen verhaltenstherapeutischen Techniken wirkungsvoll anwenden.

Die wichtigste Grundlage für eine solche therapeutische Beziehung wird in den ersten Kontakten mit den Eltern und dem Kind gelegt. Deshalb sollte sich der Therapeut in der diagnostischen Phase genügend Zeit nehmen, um sich die Sorgen und Probleme der Eltern in Ruhe anzuhören und ihnen Verständnis zu signalisieren. Der Therapeut sollte sich zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Klarheit über die Erwartungen verschaffen, welche die Eltern an ihn und an die Therapie haben.

Das Eltern-Kind-Programm ist ein direkter Therapieansatz. Dieser darf jedoch nicht dazu führen, dass der Therapeut in einen dozierenden, belehrenden Stil verfällt. Die Eltern sind die Menschen, die ihr Kind am besten kennen. Der Therapeut hat Kompetenzen in der Therapie von Kindern mit externalen Störungen. Jede Therapie muss aber auf die individuellen Besonderheiten der Familie und des Kindes zugeschnitten werden. Deshalb kann der Therapeut Vorschläge machen und mithilfe des Eltern-Kind-Programms gemeinsam mit den Eltern Interventionen ausarbeiten, die möglicherweise hilfreich sind.

Ebenso wichtig ist aber auch der Beziehungsaufbau zu dem Kind in dieser frühen Phase. Schon beim ersten, spätestens beim zweiten diagnostischen Kontakt sollte sich der Therapeut in spielerischer Weise zumindest für etwa 20 Minuten mit dem Kind allein beschäftigen. Wenn sich der Beziehungsaufbau schwierig gestaltet, sollten im Verlauf der diagnostischen Phase und der ersten Phase des Eltern-Kind-Programms mehrere Spielstunden mit dem Kind durchgeführt werden. Da die Eltern häufig unter einem hohen Problemdruck leiden, drängen sie oft zu frühen Interventionen. Deshalb ist es sehr wichtig mit den Eltern zu klären, dass der Beziehungsaufbau zum Kind eine wichtige Rolle spielt, und eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die späteren Interventionen erfolgreich verlaufen.

Kinder allgemein und Kinder mit externalen Auffälligkeiten im Besonderen kommen nicht zur Therapie, weil sie Probleme haben; sie kommen anfangs, weil die Eltern das so wollen und sollten später kommen, weil sie eine Beziehung zum Therapeuten aufgebaut haben. Da die Eltern - Kind-Beziehung häufig sehr belastet ist, lassen sich Kinder in der ersten

Behandlungsphase nicht selten nur dem Therapeuten zuliebe auf Verhaltensänderungen ein. Oft ist das Lob des Therapeuten für eine gelungene Maßnahme für das Kind zunächst wichtiger als das Lob der Eltern. Kinder müssen den Therapeuten als Anwalt für ihre berechtigten Bedürfnisse erleben, was freilich nicht dazu führen darf, dass der Therapeut bedingungslos die Seite des Kindes stützt. Das Kind-Programm bietet dem Therapeuten vielfältige Möglichkeiten, dem Kind Verständnis für seine Situation zu signalisieren, aber auch dafür zu werben, die Problematik aus der Perspektive der Eltern wahrzunehmen (vgl. Döpfner, Schürmann, Frölich, 1997).

Diskussion über die Effektivität der Therapieformen

Stimulantien haben ohne Zweifel eine positive Wirkung auf Aufmerksamkeit und Ausdauer. Außerdem verringern sie die Unruhe und den Bewegungsdrang der Kinder.

Die mehreren hundert durchgeführten Studien über die Wirkung der Stimulantien auf das Verhalten und Lernen von Kindern mit ADHS haben bei 70 bis 90 % der Kinder Verbesserungen des Arbeits- und Sozialverhaltens registriert. Andererseits bedeutet dies, dass zwischen 10 und 30 % der Kinder nicht positiv bzw. sogar negativ auf die Medikamente reagieren. Die Eltern können also nicht mit Sicherheit wissen, ob ihr Kind von einer medikamentösen Behandlung profitieren wird, und wir müssen uns alle darüber im Klaren sein, dass die Medikamente kein Allheilmittel darstellen. Es gibt Fälle, in denen eine Behandlung mit Psychopharmaka allein ausreicht oder die einzige praktikable Möglichkeit darstellt, die Probleme anzugehen, die Eltern und den Lehrer des Kindes Kummer bereiten. In meisten Fällen besteht der größte Nutzen der medikamentösen Behandlung jedoch darin, die Wirksamkeit psychologischer und pädagogischer Interventionen zu erhöhen. Daher empfehlen wir in der Regel, Medikamente nicht als einzige Form der Behandlung einzusetzen, sondern sie mit anderen Maßnahmen zu kombinieren (Barkley, 2005).

Die Wirksamkeit von Diätbehandlungen ließ sich in den meisten Studien jedoch nicht nachweisen. Diese Diätbehandlungen können nur in Einzelfällen einen Einfluss haben. Zudem entstehen bei der Durchführung von Diäten meist erhebliche Probleme. Sie sind umständlich, aufwändig und kostspielig, zudem sozial einschneidend. Weiterhin besteht das Risiko von Fehlernährungen, so dass die Durchführung von Diäten als Regelbehandlung nicht empfohlen werden kann. Angeraten ist demzufolge eine ausgewogene Ernährung der hyperaktiven Kinder und weniger eine bestimmte Diät (Ott, 2004).

Kognitive Interventionsformen, wie Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement, sind im Vorschulalter aufgrund der noch nicht ausreichend entwickelten kognitiven Selbstkontrollfähigkeit nicht anwendbar. Die klinische Wirksamkeit von Selbstinstruktionsverfahren hielt bislang den hoch gestellten Erwartungen nicht stand. Zwar konnte ein Rückgang hinsichtlich der kognitiven Impulsivität in Laborverfahren wie dem Continuous-Performance-Test (CPT) erzielt werden, und im Hinblick auf die schulischen Fähigkeiten kamen einzelne Verbesserungen, z. B. der Rechenleistung, zustande. Ein umfassender Nachweis der Generalisierung von Behandlungseffekten auf Alltagsproblemstellungen, wie z. B. der Hausaufgabenbewältigung oder der sozialen Anpassung konnte in den Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum jedoch nicht erbracht werden (Abikoff, 1985, 1987; Abikoff & Gittelman, 1985). Möglicherweise stellen Aspekte der Fremd- oder Selbstverstärkung die wirksamen Komponenten der Behandlungsinhalte dar. Im deutschen Sprachraum konnten Lauth und Mitarbeiter (1996) durch ein Selbstinstruktionstraining in Verbindung mit operanten Verfahren und Elterngesprächen die Aufmerksamkeitsleistungen sowie das hyperkinetische Verhalten in der Schule und in der Familie verbessern. Das Kernproblem von Selbstinstruktionstrainings scheint der begrenzte Transfer von erlernten Strategien und Verhaltensänderungen von der Trainingssituation auf das natürliche soziale Umfeld des Kindes zu sein. Zur Wirksamkeit von Selbstmanagementmethoden wurden relativ wenige Untersuchungen durchgeführt, meist wurden sie mit anderen Techniken kombiniert (Selbstinstruktion, Fremdverstärkung, Tokensysteme). Die meisten Studien lassen vermuten, dass Selbstmanagement-Methoden möglicherweise eine erfolgversprechende Interventionsform darstellen. Die Wirksamkeit von Selbstbeobachtung auf das eigene Arbeitsverhalten konnte Harris (1986) bei lernbehinderten und aufmerksamkeitsgestörten Kindern nachweisen. Varni und Henker (1979) zeigten jedoch, dass allein durch die Selbstbeobachtung sich das Arbeitsverhalten hyperkinetischer Kinder nicht verändert wird, wohl aber durch die Kombination von Selbstbeobachtung mit Selbst- und Fremdverstärkung. Barkley et al. (1980) konnten eine gegenüber dem Selbstinstruktionstraining erhöhte Wirksamkeit von Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung nachweisen. Hinshaw et al. (1984) zeigten, dass die Kombination von Stimulantienbehandlung mit Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung wirkungsvoller ist, als Stimulantienbehandlung alleine. Bowers et al. (1985) fanden, dass Verstärkung durch den Lehrer einerseits und Selbstbeobachtung plus Selbstverstärkung andererseits die

Arbeitsqualität im Unterricht in gleicher Weise verbessern, dass aber die Aufmerksamkeitsleistung durch Selbstbeobachtung plus Selbstverstärkung stärker verbessert wird als durch Fremdverstärkung. (Frölich 1993; Frölich et al., 2000) untersuchte die Wirksamkeit von Selbstmanagement in Verbindung mit Selbstinstruktion. Gegenüber der Wartezeit konnte mit dieser Intervention die hyperkinetische und die aggressive Symptomatik, sowohl im Urteil der Eltern als auch der Lehrer, signifikant verringert werden. Die Wirksamkeit von Elterntrainings und die Langzeitstabilität der Effekte wurden in mehreren Studien mit oppositionell auffälligen Kindern nachgewiesen (vgl. McMahon & Forehand, 1984; McMahon & Wells, 1989). Horn et al. (1990) weisen nach, dass die Kombination von Elternt raining mit Selbstinstruktionstraining den unimodalen Behandlungsformen (nur Elternt raining, nur Selbstinstruktionstraining) bei der Verminderung hyperkinetischer Störungen in der Familie überlegen ist. Die Effekte des Elternt rainings und der Kombinationsbehandlung ließen sich auch noch drei Monate nach Behandlungsende nachweisen. Im Lehrerurteil konnten Therapieeffekte jedoch nur unmittelbar nach Behandlungsende nachgewiesen werden.

Im Vergleich zu Stimulanzientherapie zeigen frühere Studien (z. B. Pellham et al., 1988; Gittelrnan et al., 1980), dass Elternt rainings und Interventionen in der Familie weniger oder ähnlich wirksam sind. In der groß angelegten „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“, in der insgesamt 579 Kinder mit hyperkinetischen Störungen behandelt wurden (MTA Cooperative Group, 1999a, b) konnte im Verlaufe verhaltenstherapeutischer Interventionen (Elternt raining, Interventionen in der Schule und kinderzentrierte Interventionen) die hyperkinetische Symptomatik in der Familie zwar deutlich reduziert werden, doch war die medikamentöse Therapie wirkungsvoller. Bei der Verminderung von oppositionellem und aggressivem Verhalten sowie von internalen Störungen und bei der Verbesserung sozialer Kompetenzen und von Eltern-Kind-Beziehungen waren Verhaltenstherapie und medikamentöse Behandlung gleichermaßen wirkungsvoll. Erhardt und Baker (1990) konnten anhand mehrerer Einzelfallstudien die Wirksamkeit eines Elternt rainings bei hyperkinetisch gestörten Vorschulkindern nachweisen, allerdings wurden nicht alle Problemverhaltensweisen wirkungsvoll verringert und nicht alle Therapieeffekte stabilisierten sich.

Die Wirksamkeit der familienzentrierten Interventionen aus dem Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) wurde im

Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit multimodaler Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen geprüft. Bislang liegen mehrere Einzelfallstudien vor, welche die Effektivität der familienzentrierten Interventionen von THOP belegen. In der Gesamtgruppe von N=75 Kindern mit der Diagnose einer hyperkinetischen Störung lassen sich im Verlaufe der verhaltenstherapeutischen Interventionen nach dem Therapieprogramm THOP Verhaltensauffälligkeiten in der Familie deutlich reduzieren. 50 bis 60 % der Kinder, die ausschließlich mit dem Therapieprogramm THOP behandelt wurden und bei denen keine medikamentös Behandlung durchgeführt wurde, zeigen nach dem Urteil der Eltern sehr gute Erfolge. In einer Vorstudie konnte nachgewiesen werden, dass durch das Elterntaining in Verbindung mit einem Selbstinstruktions- und Selbstmanagementtraining die Verhaltensauffälligkeiten in der Familie (vor allem Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen) gegenüber der ersten Behandlungsphase (Selbstinstruktion plus Selbstmanagement) noch einmal deutlich vermindert werden. Das Verhalten in der Schule änderte sich jedoch nicht in gleichem Maße. Dies lässt auf einen spezifischen, auf das Verhalten in der Familie begrenzten Effekt, des Elterntainings schließen. Pistermann et al. (1989) überprüften die Wirksamkeit eines-vergleichbaren Trainingsprogrammes bei hyperkinetisch auffälligen Vorschulkindern und konnten eine deutliche Verminderung des oppositionellen Verhaltens nachweisen, während sich die hyperkinetischen Verhaltensweisen nicht änderten. In einer größeren Anzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass sich die Auffälligkeiten im Kindergarten und in der Schule durch die Verstärkung reduzierter Aktivität oder erhöhter Ausdauer vermindern lassen. Meist finden Tokensysteme Anwendung, da einige Studien zeigen, dass Lob alleine hyperkinetische Symptome nicht deutlich beeinflusst. Allerdings verbessert die Verstärkung von ruhigem und ausdauerndem Beschäftigen mit Aufgaben nicht automatisch auch die schulischen Leistungen. Wird jedoch die korrekte Leistung verstärkt, dann verbessern sich nicht nur die Schulleistungen, sondern auch die Aufmerksamkeitschwächen und die Hyperaktivität.

Von daher können wir sagen, dass die Behandlung hyperkinetischer Störungen eine Kooperation des Patienten, der Eltern und des Kindergartens/der Schule voraussetzt. Hyperkinetische Störungen haben einen chronischen Verlauf, der eine kontinuierliche Fortführung der Behandlung erfordert, um die Wirksamkeit der Behandlung zu gewährleisten und um neu auftretende Probleme zu bearbeiten. Die Behandlungspläne

müssen individualisiert sein, um den spezifischen Zielsymptomen und den Stärken des Patienten gerecht zu werden (vgl. Döpfner, Fröhlich, Lehmkuhl, 2000).