

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Das Sozialverhalten von Kindern mit ADHS -
Fallbeispiel Bildungszentrum Kiprax“

Verfasserinnen

Baldinger Lisa

Distl Andrea

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Kurzfassung

Ziel der Arbeit war es, die Entwicklung des Sozialverhaltens von ADHS-Kindern im Grundschulalter im Bildungszentrum Kiprax zu erforschen. Zudem sollten die pädagogischen Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft und Veränderungen des Sozialverhaltens festgehalten werden. Die Forscherinnen gingen davon aus, dass sich unter den speziellen Bedingungen des Bildungszentrums Kiprax das Sozialverhalten der ADHS-Kinder zum Positiven entwickelt. Die spezifischen Rahmenbedingungen setzen sich aus der geringen SchülerInnenanzahl, die alle von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung betroffen sind, Lehrpersonen mit umfangreichem Wissen über die Verhaltensstörung, reizarmer Gestaltung des Klassenraums, speziell für ADHS-Kinder angepasste pädagogische Maßnahmen und dem Schwerpunkt soziale Kompetenz zusammen.

Im theoretischen Teil der Arbeit wird versucht einen Überblick über das gesamte Störungsbild der Hyperaktivitätsstörung zu geben. Ein Schwerpunkt wurde hierbei auf die soziale Entwicklung von Kindern mit und ohne ADHS und im Zusammenhang mit Schule gelegt. Im empirischen Teil wurde zunächst das Forschungsvorhaben geschildert und mit Hilfe von Interviews mit Pädagoginnen, Eltern und deren ADHS-Kinder, Beobachtungsbögen und Tagebuchnotizen umgesetzt.

Aufgrund der Forschungsergebnisse konnte folgendes Fazit gezogen werden:

- Bei allen ADHS-Kindern im Bildungszentrum Kiprax konnte eine positive Entwicklung im Sozialverhalten festgestellt werden. Dies zeigt sich deutlich in der Reduzierung von verbaler und körperlicher Aggressivität, in der Akzeptanz und Einhaltung von Regeln und deren Konsequenzen und in der Festigung von sozial erwünschten Normen und Werten. Zudem konnte eine Verbesserung im Aufbau von sozialen Beziehungen, die von gegenseitigem Respekt geprägt sind, beobachtet werden.
- Aufgrund der vorangegangenen Schilderung kann davon ausgegangen werden, dass die angewandten schulischen Maßnahmen und die pädagogischen Interventionen wirksam sind.
- Die Außenseiterrolle, die diese vier untersuchten ADHS-Kinder in der Regelschule einnahmen, konnten sie im Bildungszentrum Kiprax ablegen. Das

gegenseitige Verständnis für die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung führt durch die eigene Betroffenheit der Kinder zu Akzeptanz.

- Der (Schul-)Alltag mit den ADHS-Kindern wird sowohl von den PädagogInnen, als auch von den Eltern als belastend wahrgenommen. Zugleich schätzen sie aber auch die positiven Eigenschaften der ADHS-Kinder und sehen diese als bereichernd.

Durch die Unterstützung und Zusammenarbeit des Bildungszentrums Kiprax mit den Eltern wird die Familiensituation entlastet. Die Eltern-Kind-Beziehung wird durch das regelmäßige positive Feedback über die Entwicklungsschritte seitens der Pädagoginnen und durch die interne Regelung von Konflikten verbessert.

Neben den vielen positiven erforschten Aspekten des Bildungszentrums Kiprax sollte jedoch nicht das wesentliche Ziel, nämlich die Reintegration in das Regelschulsystem, aus den Augen verloren werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer für die wissenschaftliche Betreuung dieser Arbeit bedanken.

Dem gesamten Team des Bildungszentrums Kiprax sei gedankt für wichtige fachliche Ratschläge und Literaturempfehlungen.

Außerdem möchten wir uns auch bei den Eltern und Pädagoginnen bedanken, die sich bei der Durchführung der Interviews Zeit genommen haben.

Besonderer Dank gilt den Kindern, die uns zur Auseinandersetzung mit der Thematik inspiriert haben und die Umsetzung der Diplomarbeit erst ermöglicht haben. Wir haben die spannende und herausfordernde Arbeit mit ihnen genossen.

Unser Dank gilt auch unseren Familien und im Speziellen unseren Freunden Florian und Andreas für ihre stetige Motivation und emotionale Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

I. THEORETISCHER TEIL	1
1. Einleitung.....	1
2. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	5
2.1. Zur Geschichte (Andrea Distl).....	5
2.2. Zu den Definitionen (Andrea Distl).....	9
2.2.1. ADHS als Modediagnose? (Lisa Baldinger)	10
3. Erscheinungsbild (Lisa Baldinger)	13
3.1. Merkmale	13
3.2. Sekundäre Symptome	17
3.3. Prävalenz	20
4. Klassifikation (Lisa Baldinger).....	22
4.1. Diagnoseleitkriterien nach ICD-10 und DSM IV.....	22
4.2. Subtypen.....	25
4.3. Differentialdiagnostik	27
4.3.1. Störung des Sozialverhaltens	29
5. Prognose und Verlauf mit dem Schwerpunkt Sozialverhalten	31
5.1. Entwicklung des Sozialverhaltens (Andrea Distl)	31
5.1.1. Emotionale und soziale Entwicklung im Kleinkindalter.....	33
5.1.2. Emotionale und soziale Entwicklung im Grundschulalter	36
5.1.3. Emotionale und soziale Entwicklung in der Pubertät.....	38
5.2. Entwicklung des Sozialverhaltens von ADHS-Kindern (Lisa Baldinger)	40
5.2.1. Säuglings- und Kleinkindalter	40
5.2.2. Kindergarten- und Vorschulalter.....	41
5.2.3. Grundschulalter	42
5.2.4. Jugendalter	43
5.2.5. Erwachsenenalter	44
5.3. Soziometrischer Status (Andrea Distl).....	45
5.4. Soziale Beziehungen (Andrea Distl).....	45
5.5. Resümee Sozialverhalten (Andrea Distl)	46
6. Diagnose (Andrea Distl).....	48
6.1. Diagnostisches Vorgehen	48
6.2. Erhebungsinstrumente.....	50
6.2.1. Interview.....	50

6.2.2. Verhaltensbeobachtung	52
6.2.3. Fragebögen und Beurteilungsskalen	54
6.2.4. Psychologische Tests	56
6.2.5. Körperliche Untersuchungen	58
6.2.6. Laboruntersuchungen	61
7. Ursachen (Lisa Baldinger)	61
7.1. Biologische Faktoren	61
7.1.1. Neurologische Störungen	62
7.1.2. Neurochemische Faktoren	62
7.1.3. Störungen des Immunsystems	63
7.1.4. Genetische Faktoren	63
7.2. Psychosoziale Faktoren	64
8. Das Kind mit ADHS in der Schule (Lisa Baldinger)	69
8.1. ADHS-Symptomatik in der Schule	69
8.2. ADHS-Kinder in der Regelschule	74
8.3. Pädagogische Maßnahmen	74
8.3.1. Lehrer-Schüler-Beziehung stärken	74
8.3.2. Fokussieren auf Stärken	76
8.3.3. Regeln und Grenzen	78
8.4. Unterrichtsspezifische Maßnahmen	79
8.4.1. Bestrafung bei Regelverstößen	80
8.4.2. Belohnung	84
8.4.3. Klassenzimmer und Sitzordnung	86
8.4.4. Bewegung und Entspannung	87
8.4.5. Unterrichtsstrategien (Arbeitsspezifische Aspekte)	89
8.5. Zusammenarbeit mit den Eltern	93
8.5.1. Tipps für die Eltern	95
9. Bildungszentrum Kiprax (Andrea Distl)	99
9.1. Konzept Bildungszentrum Kiprax	100
9.1.1. Konzept der Grundstufe	101
9. 2. Resümee	108
10. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten	110
10.1. Pharmabehandlung (Lisa Baldinger)	110
10.1.1. Medikamentöse Behandlung durch Ritalin	110
10.1.2. Kritik an der Medikation	113

10.1.3. Rolle der Schule	115
10.2. Ergotherapie	116
10.3. Musiktherapie (Andrea Distl)	118
10.3.1. Musiktherapeutische Schwerpunkte.....	118
10.4. Verhaltenstherapie (Andrea Distl).....	120
10.4.1. Patientenzentrierte Intervention	121
10.4.2. Elternzentrierte Intervention	124
10.4.3. Intervention im Kindergarten oder in der Schule	125
10.5. Diättherapie (Andrea Distl)	126
10.5.1. Feingold-Diät	127
10.5.2. Hafer Diät	128
10.5.3. Oligo-antigene Diät.....	128
10.6. Neurofeedbacktraining	129
II. EMPIRISCHER TEIL	131
1. Forschungsteil	131
1.1. Gegenstand der Forschung	131
1.2. Zielsetzung (Lisa Baldinger)	131
1.3. Methodische Vorgehensweise	132
1.3.1. Aktionsforschung.....	133
1.3.2. Interviewformen.....	135
1.3.2.1. Experteninterview (Lisa Baldinger)	136
1.3.2.2. Problemzentrierte Interview (Lisa Baldinger)	137
1.3.2.3. Interviews mit Kindern (Andrea Distl)	138
1.3.2.4. Beobachtung (Lisa Baldinger).....	141
1.4. Darstellung der Datenerhebung.....	144
1.4.1. Elternfragebogen.....	144
1.4.2. PädagogInnenfragebogen	145
1.4.3. Kinderfragebögen.....	146
1.4.4. Beobachtungsbögen.....	149
1.4.5. Falldarstellungen der ADHS-Kinder	149
2. Forschungsprozess	159
2.1. Vorbereitungsphase	160
2.2. Datenerhebungsphase	160
2.3. Auswertungsphase	160
3. Auswertung (Andrea Distl).....	161

III. ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	163
1. Darstellung der Forschungsergebnisse	163
1.1. Ergebnisse zu den Aussagen der Pädagoginnen	163
1.2. Ergebnisse zu den Aussagen der Eltern.....	169
1.3. Ergebnisse zu den Aussagen der ADHS-Kinder	178
2. Diskussion der Ergebnisse	195
2.1. Interpretation der Ergebnisse	195
2.1.1. Interpretation zu den Aussagen der Pädagoginnen und der Eltern.....	196
2.1.2. Interpretation zu den Aussagen der ADHS-Kinder	200
2.2. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	210
2.3. Pädagogische Relevanz.....	215
Literaturverzeichnis	217
Anhang	230

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen	18
Tabelle 2: Differenz der Symptomkriterien nach den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10	26
Tabelle 3: Modell zur Entstehung hyperkinetischer Störung nach Barkley	67
Tabelle 4: Aufmerksamkeitsstörung in der Schule.....	69
Tabelle 5: Motorische Überaktivität in der Schule.....	71
Tabelle 6: Impulsivität in der Schule	72
Tabelle 7: Der Teufelskreis.....	97

I. THEORETISCHER TEIL

1. Einleitung

Wahl des Themas

Die Begegnung mit besonders unruhigen, zappeligen und abseits der Norm verhaltenden Kindern während unserer – wenngleich zeitlich noch nicht so ausgedehnten – Praxis als LehrerInnen von ADHS-SchülerInnen im Volksschulbereich weckte das nötige Interesse, um uns nun im Rahmen des Studiums der Pädagogik mit dem Phänomen dieser besonders auffälligen Kinder zu widmen, die man ganz allgemein als hyperaktive Kinder bezeichnet.

Darüber hinaus steigt die Zahl des Erscheinungsbildes, der durch Hyperaktivität geprägten Kinder ständig an. Hyperaktive Kinder werden von ihrer Umgebung als störend wahrgenommen und sie gelten als unangepasst und unkonventionell. Es fällt ihnen schwer, sich in der Art und Weise zu verhalten, wie man es von ihnen seitens der Schule und der Eltern erwartet, da sie sich nicht immer an bestehenden Ordnungen und Regelungen halten. Im Unterricht wird eine festgelegte Verhaltensstruktur verlangt, der zappeligen Kinder selten entsprechen können, weswegen hyperaktive Symptome häufig im Schulalter evident werden.

Entwicklung der Problemstellung

Aufgrund der Arbeit mit ADHS-Kindern stellte sich die Frage, wie sich das Sozialverhalten von ADHS-Kindern im Grundschulalter im Bildungszentrum Kiprax entwickelt. In dieser werden im Gegensatz zu Regelschulen ausschließlich Kinder mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung unterrichtet. Die Autorinnen fanden es äußerst spannend und interessant diese Untersuchung durchzuführen, die sich auf die positive bzw. negative Entwicklung des Sozialverhaltens der betroffenen Kinder spezialisiert und fragen sich des Weiteren, ob und in welcher Weise sich das soziale Verhalten seit dem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax verändert hat.

In der folgenden Diplomarbeit sollen die Problematiken im Bereich der sozialen Interaktionen beschrieben werden. Kinder mit ADHS werden als „Kinder, die ständig in Bewegung sind und sich ruhelos verhalten und oft in Konflikte verwickelt sind“ (Farnkopf, 2007, 11) beschrieben. Gründe für ihre von Problemen geprägten sozialen Kontakte bestehen in ihrer hohen Neigung zur Impulsivität und einer gleichzeitigen emotionalen Labilität, welche es schwierig machen, Regeln zu befolgen. MitschülerInnen lehnen Kinder mit ADHD häufig ab. Sowohl ihre Zerstörungswut als auch die mangelnde Selbstkontrolle machen das „Miteinander“ schwierig. Diese Schwierigkeiten eskalieren oftmals zu andauernden Disziplinproblemen wie Schule schwänzen und regelwidrigem Verhalten. Daher werden bei etwa 40 – 60 % der ADHS-Kinder auch eine Diagnose auf ein gestörtes Sozialverhalten (oppositionelles Trotzverhalten) gestellt (Naumann, 2009). Im Gegenzug dazu werden sie teilweise vorübergehend von der Gruppe akzeptiert, da sie sich ebenso durch besondere Spontanität, Kühnheit und Wagemut auszeichnen. Somit ist die Rolle des Außenseiters für sie vorprogrammiert (Knölker, 2001).

Da diese Art der Störung zu den am weitesten verbreiteten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen gehört, ist die Art der sozialen Interaktionsproblematik vor allem in Regelschulen ein großes Thema.

Gegenüber diesen Institutionen steht nun das Projekt Bildungszentrum Kiprax. Kinder mit der Diagnose ADHS werden im häuslichen Unterricht von PädagogInnen unterrichtet und wenn notwendig auch von Psychologinnen, LogopädInnen, Legasthien-therapeutInnen betreut. Gleichzeitig steht den Eltern der Kinder eine Elterntrainerin zur Seite. Für die Kinder bedeutet diese Art des Unterrichts, die Rolle des Außenseiters ablegen zu können, da alle die gleichen Probleme aufweisen. Es besteht mehr Raum für intensive Betreuung, sowohl im Bezug auf Basis der Wissensvermittlung, als auch der Thematisierung von Regeln und sozialer Interaktion. Auf die Bedürfnisse der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und einer oft damit einhergehende Hyperaktivität kann in diesem Rahmen anders eingegangen werden, als dies in einer Regelschule möglich wäre.

Forschungsstand

Im Zuge der Literatur- und Internetrecherche ließ sich feststellen, dass ein Mangel an Therapieangeboten für Eltern und deren ADHS-Kind existiert. In den letzten Jahren

konnte eine Zunahme an Kongress- und Weiterbildungsangeboten in Österreich und anderen deutschsprachigen Ländern verzeichnet werden. Durch das Fehlen von Angeboten haben sich Elterninitiativen und Selbsthilfegruppen entwickelt. Die bekannteste Elterninitiative ist die amerikanische namens CHADD (Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder). Diese initiiert regelmäßige Kongresse, die das Fachwissen der Experten nicht nur für Fachleute, sondern auch für Betroffene und deren Angehörige, verbreitet. In Österreich ist ADAPT (Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit ADHS und Teilleistungsschwächen) die populärste und aktivste Elterninitiative.

Weltweit gibt es einige Therapiezentren für ADHS-Betroffene mit einem multimodalen Ansatz, jedoch bieten sie keine Alternative zum Regelschulsystem an. Das Bildungszentrum Kiprax ist mit seinem Konzept des häuslichen Unterrichts, das ausschließlich ADHS-Kinder betreut, in Österreich einzigartig. Europaweit lassen sich lediglich zwei ähnliche Schulen für ADHS-Kinder ausfindig machen. Dazu zählen die HEBO-Privatschule in Bonn, die sich auf Kinder mit ADHS spezialisiert hat und das Privatgymnasium in Esslingen.

Im Zuge der Recherche konnten die Autorinnen keine weiteren Ergebnisse zu ADHS-Schulen ausfindig machen. Anhand der unzähligen Studien zu der Thematik ADHS und Sozialverhalten konnte allerdings nicht herausgefunden werden, wie sich das Sozialverhalten der ADHS-Kinder in einer Schule entwickelt, die ausschließlich von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung besucht wird.

Forschungslücke

ADHS-SchülerInnen werden in der Regel in Integrationsklassen unterrichtet. Das Bildungszentrum Kiprax in Wien kümmert sich ausschließlich um ADHS-Kinder und ist einzigartig in Österreich. Aufgrund dessen, möchten die Verfasserinnen dieser Arbeit erforschen, ob und in welcher Weise sich das Sozialverhalten der ADHS-Kinder in solch einer Institution entwickelt. Außerdem stellt sich die Frage, ob sich eine Veränderung ab dem Eintritt in das Bildungszentrum Kiprax ergibt. Ebenso sollen Erkenntnisse über die Wirksamkeit der pädagogischen Maßnahmen und Interventionen erhalten werden. Ebenfalls konnte keine Studie ausfindig gemacht werden, wie sich das Sozialverhalten von ADHS-Kindern, die in Kleingruppen mit

anderen SchülerInnen unterrichtet werden, die die gleiche Diagnose aufweisen, entwickelt.

Zielsetzung

Die Autorinnen möchten erforschen, ob und in welcher Weise sich das Sozialverhalten der ADHS-Kinder im Bildungszentrum Kiprax, welches sich intensiv mit dieser Verhaltensauffälligkeit beschäftigt, entwickelt. Ebenso sollen Erkenntnisse über die Wirksamkeit der schulischen Maßnahmen und pädagogischen Interventionen erhalten werden.

Daher wird sich die Diplomarbeit zum Ziel setzen einen Beitrag zu den Studien des Sozialverhaltens der Hyperaktivitätsstörung in einer ADHS-Schule zu leisten.

Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil der Arbeit wird versucht einen Überblick über das gesamte Störungsbild der Hyperaktivitätsstörung zu geben, der Schwerpunkt wird hierbei auf die begriffliche Erfassung des Phänomens, Symptome, Ursachen, Diagnose und mögliche Therapien für dieses Krankheitsbild gesetzt.

Die darauf folgenden Kapiteln geben einen Überblick über die Entwicklungsschritte des Sozialverhaltens von Kindern mit und ohne ADHS, des Weiteren wird in diesem Teil das Konzept des Bildungszentrums Kiprax in Wien, welches sich dadurch auszeichnet, dass hier ausschließlich ADHS-Kinder unterrichtet und betreuet werden, vorgestellt. Zudem werden mögliche schulspezifische Maßnahmen aufgezeigt, wobei die Schwerpunkte hier pädagogische Interventionsmöglichkeiten im Schulsetting, didaktische Maßnahmen und Veränderungen unterrichtsspezifischer Strukturen sind.

Teil zwei umfasst den empirischen Teil der Arbeit. Auf der Basis von problemzentrierten Interviews mit Pädagoginnen und Eltern und deren Kindern mit ADHS, Beobachtungsbögen der ADHS-Kinder und Tagebucheinträgen soll ein Fazit gezogen werden. Die Zusammenfassung der Forschungsergebnisse wurde mit der Fachliteratur verglichen und die zuvor entwickelten Vorannahmen überprüft. Abschließend wurde ein Resümee gezogen und die pädagogische Relevanz dieser Thematik und mögliche Verbesserungen aufgezeigt.

2. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

2.1. Zur Geschichte

Das Erscheinungsbild ADHS ist kein Produkt der heutigen Zeit, sondern hat sich schon bereits viel früher verorten lassen. Hinweise dafür finden sich beispielsweise in den Überlieferungen des Nervenarztes Dr. Heinrich Hoffmann. In seinem Bilderbuch „der Struwwelpeter“, das bereits vor 1845 das erste Mal erschienen ist, werden Kinder mit ungewöhnlichem Verhalten beschrieben. Beispielsweise ist dabei die Geschichte des Zappelphilipps zu nennen, dem es nicht möglich ist am Esstisch ruhig zu sitzen und es daher bevorzugt, auf dem Sessel zu schaukeln. Am Ende passiert ihm jedoch ein Missgeschick und er landet samt Tischdecke und Geschirr auf dem Boden (Knölker, 2001).

Diese Beschreibung des „nicht still sitzen können“ lässt sich mit den Symptomen der motorischen Unruhe der diagnostizierten ADHS-Kinder vergleichen. Des Weiteren lassen sich neben dem von Überaktivität geprägten Kind noch andere Verbindungen zur heutigen Störung herstellen. Unter anderem lassen sich die Darstellungen „des Hans- Guck-In-Die-Luft“ oder des „Bitterbösen Friedrichs“ von Heinrich Hoffmann mit einigen der existierenden Subtypen der Aufmerksamkeitsstörung vergleichen. Unter anderem sind mögliche Formen der ADHS mit einer einhergehenden Störung des Sozialverhaltens vorhanden aber auch eine reine Aufmerksamkeitsstörung, wobei aber keine Hyperaktivität vorhanden ist, möglich (Knölker, 2001).

Es haben sich bereits einige AutorInnen an die Aufarbeitung der historischen Entwicklung von ADHS herangewagt. Bei der folgenden Beschreibung wurde sich zumeist an dem Beitrag von Aribert Rothenberger und Klaus-Jürgen Neumäker (2010) orientiert.

Wie bereits erwähnt, konnten die Symptome einer motorischen Unruhe, mangelnde Impulskontrolle und eine fehlende Aufmerksamkeit bereits vor Jahrhunderten beobachtet werden. Die ständige Weiterentwicklung der gesammelten Erkenntnisse führte zu einem stetigen Wechsel der diagnostischen Bezeichnung. In Europa, wurde im Gegensatz zur amerikanischen Forschung, die Störung deutlich früher erkannt. Beispielsweise bezog sich Hoff (1956) in seinem Lehrbuch zur allgemeinen Psychiatrie auf hyperkinetische Störung. Auch Kramer und Pollnow (1932)

verfassten einen Beitrag über eine „Hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters“. Göllnitz verwendete den Begriff „Dextro-Amphetamin-Antwortstörung“ für eine Verhaltensauffälligkeit, die sich bei der Anwendung von Dextro-Amphetamin besserte (Rothenberger & Neumärker, 2010).

Bevor jedoch die ersten fachlich fundierten Konzepte zur ADHS entwickelt wurden, gab es bereits einige einfache Beschreibungen der Symptome, die deutlich früher aufgezeichnet wurden. Dazu zählen unter anderem wie bereits erwähnt die Darstellungen von Hoffmann (1945) in seinem Buch der Struwwelpeter (Rothenberger & Neumärker, 2010). Die folgenden Ausführungen sollen einen chronologischen Ablauf über die wichtigsten Eckdaten der Aufmerksamkeitsstörung liefern.

1902 Der englische Kinderarzt Still führte die erste medizinische Beschreibung durch. Seine Studie untersuchte eine relativ kleine Stichprobe, die mit ihrem Symptomen, deutlich den heutigen ADHS-Kindern ähnelt. Er bezeichnete die Störung als „Defekt der moralischen Kontrolle“. Die Ursachen führte er auf biologische Aspekte zurück, wie prä- oder postnatale Schädigungen (Rothenberger & Neumärker, 2010). Die folgenden Kernsymptomen wie Impulsivität, Hyperaktivität, Zerstörungswut, Aggression, oppositionelles Verhalten und Lernstörungen wurden von Still beschrieben. Ebenso stellte er fest, dass Buben dreimal häufiger und bereits vor dem achten Lebensjahr betroffen sind. Die Ursachen für die beschriebenen Symptome sah er in dem Ausbleiben von Hemmungsmechanismen und einer gestörten Aufmerksamkeit (Ryffel-Rawak, 2003).

1908 Wie auch Still ging auch A. F. Tredgold davon aus, dass postnatale Hirnschädigungen zum Zeitpunkt der Geburt, im Laufe der Zeit zu Verhaltensproblemen in der Schule führen können. Diese Art der Schädigung, konnte leichtgradig und somit oft auch unbemerkt bleiben (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1922 wurde nach einer epidemisch auftretenden Enzephalitis in Europa eine Reihe an Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten dokumentiert. Unter anderem fanden sich auch kognitive Schwierigkeiten, die mit den heutigen Merkmalen einer hyperkinetischen Störung übereinstimmen. Dazu zählen Hyperaktivität,

Ablenkbarkeit, Irritabilität und destruktives und antisoziales Verhalten (Rothenberger & Neumärker, 2010).

Somit herrschte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Meinung vor, dass die Ursachen für aufmerksamkeitsgestörtes Verhalten in einer Hirnschädigung gründen. Somit waren die vorwiegenden Bezeichnungen für diese Art der Störung „organische Getriebenheit“ und „minimale Hirnschädigung“. Zur gleichen Zeit, wurden Ähnlichkeiten zwischen Primaten, die eine Frontalhirnläsion erlitten hatten und hyperaktiven Kindern entdeckt. Aufgrund dieser Entdeckung, wurde ein Defekt der Frontalhirnstrukturen als mögliche Ursache für eine hyperkinetische Störung in Betracht gezogen. Gleichzeitig konnten aber jedoch bei den wenigsten Kindern ein solcher Defekt festgestellt werden (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1937 wurde von dem Kinderpsychiater Bradley zum ersten Mal die erfolgreiche Wirkung von Stimulanzen bei verhaltensauffälligen Kindern, beziehungsweise mit einer „minimalen Hirnschädigung“ beobachtet. Für die Forschung erwirkte diese Entdeckung der pharmakologischen Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten durch Bradley einen bedeutenden Aufschwung (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1954 Von Panizzon, wird das Methylphenidat entwickelt, welches in weiterer Folge als das Standardmedikament zur Behandlung der hyperkinetischen Störung herangezogen wird (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1960 Die Verhaltensbeobachtung wurde zur Beschreibung der Aufmerksamkeitsstörung genutzt. Stella Chess gilt dabei als eine der wichtigsten Personen in diesem Zusammenhang. Ihr Konzept unterschied sie darin, dass sie die Prognose für Kinder mit ADHS insofern positiv bewertete, wenn die Symptome bis zur Pubertät abgeklungen sind (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1962 Zu dieser Zeit, wurde das Konzept, welches eine Hirnschädigung als wichtigsten Faktor für eine Entwicklung einer Aufmerksamkeitsstörung forcierte, überarbeitet. Der Begriff der minimalen Hirnschädigung wurde durch den der minimalen cerebralen Hirnschädigung und -dysfunktion ersetzt. Somit wurden nicht nur noch pathologische anatomische Befunde vorausgesetzt, sondern es wurden auch unauffälligere und somit auch nicht erfassbare Auffälligkeiten des Gehirns in

Betracht gezogen. Dieses Konzept der „MCD“, konnte sich jedoch aufgrund seiner Unüberprüfbarkeit nicht durchsetzen und wurde daher nicht lange verfolgt (Rothenberger & Neumärker, 2010). Bis in die 90er Jahre diente das Konzept der minimalen cerebralen Dysfunktion zur Erklärung unterschiedlichster kindlicher Verhaltens- und Leistungsstörungen (Mattner, 2002). Zur gleichen Zeit wurden auch psychoanalytische Ansätze erforscht, welche die Ursachen in Erziehungsdefiziten der Eltern sahen (Rothenberger & Neumärker, 2010).

In den 1960er Jahren entwickelte sich die europäische und die amerikanische Forschung zum Thema ADHS in verschiedene Richtungen. In Europa wurde ein Ansatz verfolgt, welcher das Syndrom als ein seltenes betrachtete und eine umfangreiche motorische Aktivität mit sich führte. Die Gründe wurden in einer Hirnschädigung gesehen. Hingegen wurde in Nordamerika das hyperkinetische Syndrom als ein sehr häufiges beschrieben, die nicht notwendigerweise mit einer Hirnschädigung in Verbindung stehen musste (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1972 Zu dieser Zeit wurde ein weiterer neuer Ansatz verfolgt, welcher nicht mehr die motorische Überaktivität in den Mittelpunkt rückte, sondern die Aufmerksamkeitsstörung genauer in den Blick nahm. Eine Reihe an klinischen Psychologen wie auch Virginia Douglas setzte sich damit auseinander. Es zeigte sich, dass hyperaktive Kinder Probleme hatten ihre Aufmerksamkeit dauerhaft auf eine Aufgabe zu fokussieren (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1980 Es erfolgt eine deutliche Zunahme an Entwicklung von Forschungskriterien und standardisierten Abklärungsprozeduren. Des Weiteren werden auch die Behandlungsmethoden ausgeweitet. Ins Besondere wurden Fortschritte mit kognitiv-verhaltensorientierten Therapien gemacht. Ebenso wurde beobachtet, dass die Hyperaktivitätsstörung eine deutliche erbliche Komponente aufweist. Es tritt eine deutliche psychosoziale Beeinträchtigung auf, die vor allem mit dem schulischen Bereich in Zusammenhang steht. Somit galt es neben der medikamentösen Behandlung auch in multimodaler Form zu intervenieren (Rothenberger & Neumärker, 2010).

1987 erfolgt die Unterscheidung des Diagnosebegriffes „Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity“ durch amerikanische Mediziner. Dies führt dazu, dass die drei Hauptsymptome Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität zusammen erscheinen. Seit der revidierten Fassung des DSM III R ist also die Hyperaktivität wieder in den Begriff inkludiert (Ryffel-Rawak, 2003).

1990 wird vom Hirnforscher A. Zametkin mit der Hilfe von Methoden zur bildlichen Darstellung nachgewiesen, dass bei Erwachsenen mit ADHS deutlich weniger metabolische Hirnaktivität im Zentralnervensystem vorzufinden ist (Ryffel-Rawak, 2003).

Des Weiteren wurden in den 1990er Jahren die wichtigsten Leitlinien zur Aufmerksamkeitsstörung entwickelt. Ziel war es, die Qualität der Vorgehensweise in der Praxis durch die Abstimmung mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu erhöhen. Sie heben die individuelle, multimodale sowie auch multidisziplinäre Vorgehensweise bei der Behandlung von ADHS hervor (Rothenberger & Neumärker, 2010).

2.2. Zu den Definitionen

Ebenso wie es viele historische Erklärungs- und Entwicklungsansätze gibt, so gibt es auch eine Reihe an Bezeichnungen die im Laufe dieser Zeit entstanden und einander abgelöst haben. Diese Veränderungen mussten aufgrund der Weiterentwicklung von historischen Konzepten vorgenommen werden. In weiterer Folge sollen diese noch einmal überblicksmäßig dargestellt werden. Die anschließende Aufarbeitung orientiert sich an dem Beitrag des Qualitätszirkels-Legasthenie (2010):

MBD: minimal brain disfunction.

POS: Der Begriff Psycho-organisches Syndrom wird vorwiegend in der Schweiz verwendet.

MCD: Die Bezeichnung Minimale cerebrale Dysfunktion war bereits vor vielen Jahren der am häufigsten verwendete Begriff. Er gilt eher als ein Sammeltopf für schwierig zu klassifizierende Auffälligkeiten (Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung mit Koordinationsproblemen, Verhaltensauffälligkeiten, Unruhe und

andere Entwicklungsauffälligkeiten). Da bereits über viele Zusammenhänge genauere Informationen erlangt wurden, sollte der Begriff MCD nicht mehr gebraucht werden. Im medizinischen Bereich ist jedoch der Begriff weiterhin noch in Verwendung.

HKS: Die Bezeichnung Hyperkinetische Störung ist in Österreich und in Deutschland ein Synonym für ADS-Kinder mit Hyperaktivität. Der Diagnose liegt der Diagnoseschlüssel des ICD 10 zugrunde: Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Der Diagnosebegriff ist auch kritisch zu betrachten, da er nur die fakultative Verhaltensauffälligkeiten beschreibt und die eigentliche Problematik - die Aufmerksamkeitsstörung - nicht in den Vordergrund stellt. Gleichzeitig werden die Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität nicht berücksichtigt.

ADD: Attention Deficit Disorder. Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität gilt in den USA und nach der WHO seit Jahrzehnten als Diagnosebezeichnung für Aufmerksamkeitsstörungen.

ADS mit Hyperaktivität (=ADHS) und ADS ohne Hyperaktivität: Sind deutsche Begriffe und daher ein Synonym für ADHD und ADD. Der Diagnoseschlüssel DSM IV (Diagnostischer und statistisches Manual psychischer Störungen) liegt diesem Befund zugrunde.

2.2.1. ADHS als Modediagnose?

Das Störungsbild ADHS gewinnt in der heutigen Zeit mit ihrem ständigen Wandel immer mehr an Bedeutung (Hoberg, 2007). Im Gegensatz zu früher, in der die Ausbildung durch praktisches Lernen geprägt war, ist unsere heutige Gesellschaft zunehmend zu einer Theorie-Gesellschaft geworden. Im Zeitalter der Technologisierung ist immer mehr theoretisches Fachwissen gefragt, das heißt die Kinder müssen heute ein hohes Maß an Erfahrung durch theoretisches Lernen erreichen. Dies bedeutet, dass die Konzentration auf Kopf- und Schreibtischarbeit im Mittelpunkt steht. Das könnte eine Erklärung dafür sein, warum Kinder mit ADHS heute mehr auffallen als damals (Hoberg, 2007).

Die hohe Schnelllebigkeit, in Bezug auf rasches Wechseln in Terminen und Medien zeigt sich für das einzelne Kind als schwieriger, sich rundweg aufmerksam und konzentriert zu verhalten. Wagner (2005) weist in ihrer Diplomarbeit eine Studie auf,

die zu dem Ergebnis kam, je länger Kleinkinder TV konsumieren, desto häufiger fallen sie in den ersten Schuljahren durch Unruhe und Unaufmerksamkeit auf.

Die Strukturen des Alltags wurden in der Vergangenheit strenger eingehalten und die Erziehungsmaßnahmen waren strenger und härter. Die Gesellschaft von heute erzieht anitautoritärer und autonomer. Das zusammen bewirkt, dass Kinder auffälliger erscheinen und es heute mehr ADHS-Kinder gibt (Hoberg, 2007).

Gegenwärtig interessiert sich die Gesellschaft mehr für dieses Störungsbild und es fordert Hilfen und Maßnahmen. Indessen gibt es ansteigend aufmerksamkeitsgestörte Kinder, die sich unruhig verhalten, ohne ADHS zu haben. Hier stellt sich die Frage, ob ADHS zu einer Modediagnose deklariert worden ist. Die Verfechter dieser Einstellung beklagen sich darüber, dass in den letzten Jahren alle erdenklichen kleineren und größeren Verhaltensauffälligkeiten als ADHS diagnostiziert worden sind und jedes Kind, das etwas zappelt würde sofort als ADHS-Kind charakterisiert (Hoberg, 2007). In den letzten Jahren wurde vielfach ADHS zu Unrecht diagnostiziert, dies bewirkte das ADHS in Verruf gebracht wurde. Infolgedessen machte der Begriff Modediagnose die Runde. Zugegebenerweise hat auch der Bekanntheitsgrad der ADHS Schuld, dass eine Fehldiagnose gestellt wird. Verhält sich ein Kind zappelig oder unruhig, bildet sich so manch erfahrener Diagnostiker aus Erwartungs- und Zeitdruck vorschnell ein Urteil und diagnostiziert ADHS beim Kind. Allerdings wird mit besseren diagnostischen Möglichkeiten und breiterem Wissen und Erfahrungen der Diagnostiker die Fehlerrate wieder verringert. Zunehmend mehr Kinder werden jedoch in der Praxis auf ADHS verdächtigt. Aufgrund der Steigerung der Verdachtsfälle wird der Eindruck verstärkt, dass es tatsächlich mehr Kinder mit ADHS-Diagnose gäbe. Oftmals stellt sich bei genauerer Beobachtung und Diagnostik ein ganz anderes Problem dar. Heutzutage stellen Eltern ihre Kinder mit ADHS in der Schule vor, ohne eine Untersuchung vollzogen zu haben. Vor einigen Jahren konnte man mit diesem Begriff noch nicht viel anfangen und Eltern verzweifelten noch bei dieser Diagnose. Heute dagegen sind Eltern zum Teil dankbar dafür, dass es eine medizinische Erklärung für das Verhalten ihrer Kinder gibt, um sich von jeglicher Schuld freizusprechen (Hoberg, 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass einige Kinder aufgrund von Veränderungen in Familie und Gesellschaft gesteigerte motorische Unruhe und zunehmend Aufmerksamkeitsstörungen aufweisen. Wahrscheinlich ist die Zahl der „echten ADHS-Kinder“ aber nicht gewachsen. Der Unterschied liegt darin, dass diese

Kinder heutzutage eher auffallen und dadurch unter verbesserten diagnostischen Verfahren zu Recht als solche diagnostiziert werden. In Folge der oftmals entstehenden Fehldiagnosen sollte man nicht gleich von einer Modediagnose sprechen, sondern eher von den Umständen, dass deutlicher Handlungsbedarf in Bezug auf Aufklärung über das Störungsbild und in Bezug auf eine fundierte Diagnose besteht (Hoberg, 2007).

3. Erscheinungsbild

Derzeit einigt man sich auf zwei unterschiedliche Benennungen, nämlich der Hyperkinetischen Störung und das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. Das Hyperkinetische Störungsbild wird vor allem in medizinischen Kreisen und auch als Diagnose nach dem Klassifikationssystem ICD-10 genannt (Hoberg, 2007). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom ist die Bezeichnung nach dem Klassifikationssystem DSM-IV und nach den aktuellen Entwicklungen als offizielle Definition anerkannt. In manchen Publikationen spricht man von einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, anstatt von einem Syndrom. Der einzige Unterschied besteht darin, dass es dann die ADHS anstelle von das ADHS heißt (Hoberg, 2007).

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die Verschiedenheiten in der Terminologie generell nichts an den Inhalten ändert.

3.1. Merkmale

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist die häufigste psychische Auffälligkeit im Kindesalter (Döpfner, Schürmann und Frölich, 2002).

Lauth & Schlottke (2002) weisen darauf hin, dass sich Aufmerksamkeitsstörungen vor allem durch das hektische, fehlerhafte, nachlässige und unzureichende Bewältigen von Aufgaben herauskristallisieren. Kinder mit einer ADHS-Diagnose neigen dazu, planlos und unzureichend durchdacht zu handeln und vorschnell Problemlösungen zu suchen. Dies ist in der Praxis im Unterricht gut erkennbar, da diese im Unterricht gerne dazwischen rufen, ungeduldig sind und nicht zuhören können. Überdies haben sie Schwierigkeiten bei einer Sache zu bleiben und Aufgaben zu Ende zu bringen. Vielmehr widmen sie sich immer wieder neuen Aktivitäten und verfolgen gerne wechselhafte Ziele. Nur selten wird eine Aufgabe bzw. ein Ziel kontinuierlich verfolgt. Kinder mit einer hyperkinetischen Störung sind zappelig und können nur selten still sitzen, sie sind ständig auf dem Sprung. Aufgrund ihrer oft unangepassten Bewegungsunruhen kann es in verschiedenster Weise zu Konflikten kommen (Lauth & Schlottke, 2002).

Laut Döpfner et al. (2002) ist das Hauptsymptom einer hyperkinetischen Störung ein kontinuierliches Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität, welches im Vergleich zu Entwicklung anderen Kindern häufiger und verstärkter auftritt.

Es existiert eine Fülle von Definitionen von den Hauptmerkmalen der „Aufmerksamkeit“, der „Impulsivität“ und der „Hyperaktivität“ in der Fachliteratur. Im Folgenden werden Definitionen von Döpfner et al. (2002) zu den jeweiligen Kernsymptomen geliefert:

Die Störungen der Aufmerksamkeit zeigen sich darin, dass Aufgaben vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet werden. Dies wird vor allem bei Beschäftigungen beobachtet, die geistige Anstrengungen erfordern. Meist sind die Störungen bei Tätigkeiten, die fremdbestimmt sind (z.B. Hausaufgaben), stärker ausgeprägt als bei selbstgewählten Beschäftigungen. Die Kinder wechseln häufig von einer Aktivität zur anderen, wobei sie anscheinend schnell das Interesse an einer Aufgabe verlieren und sich einer anderen zuwenden. Sie machen Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten oder anderen Aufgaben. Die Arbeit ist häufig unordentlich, nachlässig und ohne Umsicht durchgeführt. Diese Aspekte mangelnder Aufmerksamkeit und Ausdauer sollten nur dann als Störung eingeschätzt werden, wenn sie im Verhältnis zum Alter und Intelligenzniveau des Kindes sehr stark ausgeprägt sind. (S. 4)

Bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ist die Unterscheidung in eine selektive Aufmerksamkeit und einer Daueraufmerksamkeit von großer Bedeutung, denn die Aufmerksamkeit ist ein sehr schlecht definierbares Konstrukt. Selektive Aufmerksamkeit basiert auf der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf aufgabenrelevante Reize zu fixieren und irrelevante Reize nicht zur Kenntnis zu nehmen. Ein Kennzeichen für verminderte selektive Aufmerksamkeit ist die Ablenkbarkeit. Im Gegensatz zur selektiven Aufmerksamkeit bezieht sich die Daueraufmerksamkeit auf die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit einer Aufgabe über die Zeit aufrechtzuerhalten. Kinder mit ADHS weisen beide Formen der beeinträchtigten Aufmerksamkeit auf (Döpfner et al., 2002).

Des Weiteren geben Döpfner et al. (2002) folgende Beschreibung zum Merkmal Impulsivität:

Impulsivität manifestiert sich als Ungeduld, als Schwierigkeit, abzuwarten und Bedürfnisse aufzuschieben oder auch als plötzliches, unüberlegtes Handeln. Die Kinder platzen mit den Antworten heraus, bevor die Frage vollständig gestellt ist, sie unterbrechen oder stören andere häufig so sehr, dass sie Probleme im sozialen und im schulischen Bereich verursachen. Sie unterbrechen andere übermäßig, stören sie, nehmen ihnen etwas weg, fassen Dinge an, die sie nicht anfassen sollen und kaspern herum. Die Impulsivität kann zu Unfällen führen (z.B. Gegenstände umwerfen, in Leute hineinlaufen, eine heiße Pfanne anfassen) sowie zur Beschäftigung mit potentiell gefährlichen Aktivitäten, ohne dass auf die möglichen Konsequenzen geachtet wird. (S. 4)

Zur Vervollständigung der Bezeichnung Impulsivität weisen Lauth & Schlottke (2002) darauf hin, dass Kinder mit ADHS meist gegen Regeln verstoßen, dies führt meist in Situationen wie z.B. im Unterricht, bei Familienfesten, beim Essen oder im Spiel zu Ablehnung und Missbilligung gegenüber dieser Kinder. Gleichfalls tendieren sie zu unüberlegten, gefährlichen und riskanten Handlungen beispielsweise Klettereien oder risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr, welche mit erheblichen Gefahren verbunden sind.

Döpfner et al. (2002) definieren das dritte Hauptmerkmal der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, nämlich die Hyperaktivität, folgendermaßen:

Hyperaktivität bezeichnet eine desorganisierte, mangelhafte regulierte und überschießende motorische Aktivität, exzessive Ruhelosigkeit, die besonders in Situationen auftritt, die relative Ruhe verlangen. Dieses anhaltende Muster exzessiver motorischer Aktivität erscheint durch die soziale Umgebung, beispielsweise durch Aufforderungen, also nicht durchgreifend beeinflussbar. Als Beurteilungsmaßstab sollte gelten, dass die Aktivität im Verhältnis zu dem extrem ausgeprägt ist, was in der gleichen Situation von gleichaltrigen Kindern mit gleicher Intelligenz zu erwarten wäre. Dieses Verhaltensmerkmal zeigt sich

am deutlichsten in strukturierten und organisierten Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern. (S. 5)

Kinder mit ADHS können nicht ruhig sitzen und haben einen übermäßigen Bewegungsdrang in oft unpassenden Momenten und Situationen. Die Hyperaktivität äußert sich in Schulsituationen beispielsweise durch Herumrutschen oder Herumzappeln auf dem Stuhl. Bei Kindern im Vorschulalter oder bei Kleinkindern sollte man nicht vorschnell ADHS diagnostizieren, denn die Hyperaktivität kann je nach Entwicklungsstufe und Alter der Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Kleinkinder mit einer ADHS-Diagnose unterscheiden sich von normal aktiven gleichaltrigen Kindern dadurch, dass sie ständig in Bewegung sind und überall dabei sind. Sie haben Probleme, im Kindergarten bei Geschichten zuzuhören und stillzusitzen, sie springen und klettern überall herum und sind schon aus der Tür hinaus, bevor sie ihre Jacke angezogen haben. Auch Schulkinder zeigen diese unangepassten Verhaltensweisen. Sie rutschen beispielsweise unruhig auf ihrem Stuhl herum, können nur kurzzeitig bei einer Aufgabe verweilen, hören nicht zu, können beim Essen nicht sitzen bleiben, wackeln auffallend viel mit ihren Beinen oder Armen oder spielen ständig mit irgendwelchen Gegenständen (Döpfner et al., 2002).

Lauth & Schlottke (2002) geben an, dass sich die typischen Probleme von Kindern mit ADHS sich vor allem darin zeigen, wenn längere Aufmerksamkeitsspannen verlangt werden. Besonders oft ist dies in der Schule erforderlich, beim Essen oder bei Besuchen oder beim Erledigen der Hausaufgaben. Indessen gibt es allerdings Situationen, bei denen die Aufmerksamkeit dieser Kinder nicht oder nur wenig beeinträchtigt ist. Hierbei handelt es sich um neue, anregende Inhalte oder wenn das Verhalten der Kinder durch Erwachsenen angeleitet wird. Besonders in der Schule fallen die Aufmerksamkeitsstörungen stark auf. Man könnte auch sagen, sie werden durch die Schule definiert, denn oftmals sehen LehrerInnen Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern, die zuhause von den Eltern noch nie bemerkt wurden.

3.2. Sekundäre Symptome

Die sekundären Symptome können gleichzeitig mit den primären Symptomen, nämlich der Aufmerksamkeitsstörung, der Impulsivität und der Hyperaktivität auftreten. Die Zahl der Kinder mit ADHS, die unter zusätzlichen Dispositionen leiden, ist sehr hoch und liegt bei etwa 80 Prozent (Döpfner et al., 2002). Der ADHS-Experte Manfred Döpfner ist Co-Autor der Leitlinien „Hyperkinetische Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und leitet gemeinsam mit seinen Kollegen u.a. Gerd Lehmkuhl und Jan Frölich seit vielen Jahren das Projekt THOP, ein Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten.

Folgende Auffälligkeiten bei betroffenen Kindern dienen als Vervollständigung dieser Begriffsbestimmung und der darin verfassten Symptome von ADHS (Döpfner et al., 2002):

- soziale Probleme im Kontakt mit Kindern
- Oppositionelle Verhaltensstörungen
- Entwicklungs- und Schulleistungsdefizite
- Emotionale Auffälligkeiten
- Verminderte Intelligenzleistungen

Es ist in der Literatur zu beobachten, dass große Differenzen in der Angabe der Häufigkeit vorliegen. Laut Jensen (1997) liegen die Angaben über Komorbidität von der hyperkinetischen Störung mit Lernstörungen zwischen 10 bis 92 % und mit oppositionellem Verhalten zwischen 47 bis 90 % und bilden damit die am häufigsten vorkommenden sekundären Symptome. Hingegen die hyperkinetische Störung begleitet von Angststörungen und Depressionen liegen laut Jensen (1997) bei 13 bis 50 % (zitiert nach Reuner und Oberle, 2002). Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000b) schreiben, dass bei bis zu zwei Drittel der Kinder mit ADHS neben den drei Hauptmerkmalen Komorbiditäten auftreten. In Tabelle 1 werden die Häufigkeitsangaben nach Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000b, 7) dargestellt.

Tabelle 1: Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen

Häufigkeit	Komorbidität
50 %	Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
30 – 50 %	Störungen des Sozialverhaltens (ohne oppositionelle Verhaltensstörung)
10 – 40 %	Affektive, vor allem depressive Störungen
20 – 25 %	Angststörungen
10 – 25 %	Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
Bis 30 %	Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom

Zur Verdeutlichung wird nun kurz auf die einzelnen Folgesymptome nach Döpfner et al. (2002) eingegangen.

Soziale Probleme im Kontakt mit Kindern

Zu Gleichaltrigen verhalten sich hyperkinetisch gestörte Kinder oftmals zudringlich oder albern, sodass sie oft zurückgewiesen werden. Infolgedessen kommt es häufig zur Isolierung. Deswegen leiden ADHS-Kinder oft an Aggressivität, Disziplinschwierigkeiten, negativen Sozialverhalten und Verletzungen sozialer Normen (Lauth & Schlottke, 2002). Döpfner et al. (2002) weisen des Weiteren darauf hin, dass das negative Interaktionsverhalten gegenüber Geschwistern bei hyperkinetischen Kindern um das Vierfache erhöht ist.

Oppositionelle Verhaltensstörungen

Oppositionelle Verhaltensstörungen erkennt man sowohl durch ein Widersetzen von Regeln und Anweisungen, als auch durch eine verminderte Frustrationsgrenze. In der weiteren Entwicklung treten auch Störungen im Sozialverhalten mit dissozialen Verhaltensauffälligkeiten auf. Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000a) weisen darauf

hin, dass Kinder mit oppositionellen Verhaltensstörungen sehr stark lügen, um sich Vorteile zu verschaffen, außerdem stehlen sie in und außerhalb der Familie, schwänzen die Schule und kommen durch Diebstahl oder Zerstörung fremden Eigentums mit dem Gesetz in Konflikt.

Döpfner et al. (2002) beziehen sich hierbei auch auf eine Studie von Lehmkuhl & Döpfner (2000), die besagt, dass im Urteil der Eltern, rund drei Viertel aller hyperkinetisch gestörten Kinder auch aggressiv auffällig sind. Ebenso lehnen sich Döpfner et al. (2002) an eine Studie (Stewart et al., 1981) an, welche aufzeigt, dass drei von vier Kindern mit aggressiven Verhaltensstörungen auch Merkmale einer hyperkinetischen Störung aufweisen und dass zwei von drei Kindern mit ADHS auch aggressiv auffällig waren.

Entwicklungs- und Schulleistungsdefizite

Fast alle Studien belegen bei hyperkinetischen Kindern Schulleistungsdefizite, schlechtere Schulnoten und schwächere Leistungen in Bezug auf Lese-, Rechtschreib-, Rechen- und Sprachtests. Ursache für diese Schulleistungsdefizite sind hauptsächlich die Aufmerksamkeitsstörungen dieser Kinder. Studien belegen, dass ADHS-Kinder trotz Psychostimulanzien keine Verbesserung in den Schulleistungen zeigen (Döpfner et al., 2002). Hoberg (2007) gibt an, dass sich die Entwicklungsstörung bei ca. 30 % in einer Lese-Rechtschreib-Störung oder in einer Dyskalkulie zeigt. Auch Reuner & Oberle (2000) und Everett & Everett (1999) sind derselben Meinung und betonen die Lese-Rechtschreib-Schwäche und die Rechenschwäche als die beiden häufigsten Lernstörungen. Lauth & Schlottke (2002) erwähnen außerdem die ungünstige Arbeitshaltung bzw. soziale Kontakte die zur Beeinträchtigung der Schulleistung führen.

Emotionale Auffälligkeiten

Die negativen Erfahrungen, die sie mit sich selbst machen und von anderen Personen erfahren, verringern ihr ohnedies schon nicht stark ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Infolgedessen entsteht oftmals ein negatives Selbstbild, welches sie gerne mit unangepassten Verhaltensweisen kaschieren (Lauth & Schlottke, 2002). Außerdem fallen sie durch soziale Unsicherheiten, Ängste und depressive

Stimmungen auf. In einigen Studien konnte ein stark erhöhter Anteil an emotionalen Störungen ausfindig gemacht werden. 10 bis 40% aller ADHS-Kinder leiden an depressiven Störungen, auch Angststörungen treten bei circa 20 bis 25% dieser Kinder auf (Döpfner et al., 2002).

Verminderte Intelligenzleistungen

Döpfner et al. (2002) betonen, dass Kinder mit einer ADHS-Diagnose 7-15 IQ-Punkte weniger haben, jedoch ist noch nicht geklärt, ob diese Abweichung mit der verringerten Aufmerksamkeitsleistung gekoppelt ist. Des Weiteren beziehen sich Döpfner et al. (2002) auf eine Studie von Taylor et al. (1991), welche erforschten, dass Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität keine verminderten Intelligenzwerte aufweisen, obwohl Kinder mit ausschließlicher Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität schon.

3.3. Prävalenz

Die Frage nach der Häufigkeit ist schwer zu beantworten, da in den Studien, aufgrund der Klassifikationsunterschiede, der Beurteilerquellen (LehrerInnen, Eltern), der Untersuchungsinstrumente (etwa Interview, Fragebogen) oder der Art der Stichproben (etwa Alter der Kinder), ungleiche Zahlen angeführt werden. Nach Lauth & Schlottke (2002) und Incorvaia et al. (1999) gehören die Aufmerksamkeitsstörungen zu den häufigsten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Grundschulalter, die zwischen 3 bis 5 Prozent betragen. Allgemeine Aufmerksamkeitsstörungen werden allerdings auf einen größeren Anteil von Kindern geschätzt. Lehrer geben an, dass etwas 16 % der GrundschülerInnen als motorisch unruhig gelten und etwa 18 % als unkonzentriert. 10 bis 40 % der Kinder leiden an Konzentrationsstörungen. Knölker (2001) gibt an, dass die überaktive Symptomatik im Jugendalter eher abnimmt. Außerdem sind die ADHS-Erscheinungsformen in den meisten Ländern identisch. Keller und Zierau (2004) berichten, dass ADHS im Erwachsenenalter bei bis zu 6 % auftritt, das sind in etwa fünf Millionen Menschen in Deutschland.

„In den USA wird AD(H)S als die sich am schnellsten ausbreitende Krankheit bezeichnet, weltweit ist es die häufigste kinderpsychiatrische Störung – jedes zehnte Kind sei davon betroffen. Allein in Deutschland wären das etwa 600 000 Kinder“ (Keller, 2004, 7). ADHS wird somit laut Keller (2004) als Volkskrankheit bezeichnet, oftmals ist auch die Rede von einer Epidemie.

Berücksichtigt man die Beurteilungen von LehrerInnen, so resultiert nach Klicpera & Gasteiger Klicpera (1996) eine Häufigkeitsrate von 5 bis 20 %. Ein ähnliches Fazit erlangt man durch Einschätzung der Eltern. Verwendet man allerdings die diagnostischen Kriterien des ICD-10 erhält man geringere Prävalenzraten, nämlich 1 bis 2 % (Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996). Betrachtet man die Häufigkeit, mit der die Diagnose gestellt wird, so sind in kinderpsychiatrischen Institutionen in den USA 22 bis 44 % der Kinder hyperaktiv, hingegen in London nur 1,5 % (Taylor, 1985, zitiert nach Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996).

Nach Buitelaar & van Engeland (1996) tritt die Hyperaktivitätsstörung zwischen 5,3 und 13 % der Kinder in Schulen auf und bei 8 bis 12, 7 % liegt die Häufigkeit bei Kindern, bei denen man ausschließlich zuhause hyperkinetisches Verhalten erkennt. Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung deutlich häufiger Jungen als Mädchen betrifft. Man geht von einer drei bis neunfach höheren Belastung als beim weiblichen Geschlecht aus (Knölker, 2001). Buitelaar & van Engeland (1996) sind der Meinung, dass im Alter von sechs bis neun Jahren besonders oft hyperkinetische Störungen diagnostiziert werden und dass der Geschlechterunterschied daher hauptsächlich bei jüngeren Schulkindern auffallend ist. Klicpera & Gasteiger Klicpera (1996) geben ein Verhältnis von 3 bis 4 Jungen zu 1 Mädchen an, während Wender (2002) annimmt, dass eine ADHS bei Jungen 2 bis 3 mal häufiger im Kindesalter vorkommt als bei Mädchen. Auch nach Steinhausen (2002a) und laut Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000b) ist der Wertebereich mit 3 : 1 bis 9 : 1 ähnlich hoch.

Laut Hoberg (2007) kann die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung grundsätzlich über alle intellektuellen Niveaus und alle sozialen Schichten hinweg auftreten.

4. Klassifikation

4.1. Diagnoseleitkriterien nach ICD-10 und DSM IV

Hoberg (2007) beschreibt, dass heute zwei Klassifizierungssysteme einander gegenüber stehen. Jede Erkrankung hat eine Auflistung an Symptomen, anhand derer man sie erkennen kann und zusätzlich eine spezielle Nummer. Im Allgemeinen sind diese Kriterien in Nachschlagewerken wie dem ICD-10 (International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation) und dem DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung) dargestellt.

Das im europäischen Raum bevorzugte System ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fasst das Krankheitsbild unter dem Begriff „Hyperkinetische Störungen“ (HKS) zusammen. Laut ICD-10 untersucht man bei einer Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, ob beim Kind so viele Symptome vorhanden sind, dass die drei Leitkriterien der Aufmerksamkeitsstörung, Motorische Überaktivität und Impulsivität vollständig ausgeprägt sind. Außerdem kann zusätzlich eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens festgestellt werden. Einerseits liegen dann deutlich die Aufmerksamkeitsstörung, die Motorische Überaktivität und das impulsive Verhalten vor, andererseits kommen zusätzlich erhebliche Schwierigkeiten im Sozialverhalten, wie dissoziales, aggressives Verhalten, hinzu. Wird beim Kind lediglich eine Aufmerksamkeitsstörung ohne motorische und impulsive Komponente gefunden, kann man dies zurzeit nicht adäquat verschlüsseln, sondern muss eine Restkategorie wählen (Hoberg, 2007).

Das Konkurrenzsystem aus den USA, namens DSM-IV der American Psychiatric Association, entwickelte hingegen den Begriff der „Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) und betont damit den Aufmerksamkeits- und Aktivitätsbezug des Störungsbildes. Der DSM-IV teilt die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen in einen Mischtypen, einen vorwiegend unaufmerksamen und einen vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typen ein (Simchen, 2009).

Zwischen diesen beiden Systemen besteht eine hohe Übereinstimmung, vor allem bei der Definition der einzelnen Symptome der erwähnten Störung, dennoch setzt sich das amerikanische DSM-IV-System durch. Durch internationale Fachkommissionen werden die Kataloge überarbeitet und erscheinen in bestimmten Zeiträumen als neu. Mediziner, Vertreter von Krankenkassen und andere Fachleute verständigen sich für gewöhnlich anhand dieser Verschlüsselung (Hoberg, 2007).

Die nachstehende Übersicht der Symptom-Kriterien von HKS nach ICD-10 und von ADHS nach DSM-IV dient zur Illustration der hohen Übereinstimmung von HKS und ADHS. Diese wurde von drei deutschen Wissenschaftlern, wie bereits schon in Kapitel drei erwähnt, im Rahmen von THOP, ihrem „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ publiziert, nämlich vom Humanwissenschaftler und Diplomspsychologen Manfred Döpfner, von der Diplomspsychologin Stephanie Schürmann und dem Mediziner und Pädagogen Jan Fröhlich (2002, S. 13f.):

„A. Unaufmerksamkeit

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

B. Hyperaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).

C. Impulsivität

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

{ } = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10.“

Die Übereinstimmung der beiden Diagnosesysteme setzt sich auch in den Details fort, so legen sie weitgehend übereinstimmend fest, dass

- „- die Symptome mindestens sechs Monate lang in einem dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenem Ausmaß vorliegen;
- die Störung (nach ICD-10) bzw. einige beeinträchtigende Symptome der Störung (nach DSM-IV) bereits vor dem Alter von sieben Jahren auftreten;
- die Beeinträchtigungen durch diese Symptome sich in zwei oder mehr Lebensbereichen (z.B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz und zu Hause) oder nach ICD-10) auch an einem anderen Ort zeigen, an dem Kinder beobachtet werden können (z.B. bei der klinischen Untersuchung);
- deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein müssen“ (Döpfner et al., 2002, 14f.).

4.2. Subtypen

Bei beiden Systemen besteht eine eindeutige Differenz in der Kombination der Symptomkriterien. Die folgende Abbildung illustriert diese Unterschiede grafisch. Für die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) nach ICD-10 müssen nicht nur ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen, sondern auch Hyperaktivität und Impulsivität in mindestens zwei Lebensbereichen vorhanden sein. Bei den Aufmerksamkeitsstörungen müssen sechs von neun Symptomkriterien zutreffen, bei der Hyperaktivität mindestens drei von fünf Symptomkriterien und bei der Impulsivität eines von vier (Döpfner et al., 2002).

Nach Lauth und Schlottke (2002) unterscheidet man im DSM-IV verschiedene Subtypen, denn die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen sind hier durch ein durchgängiges Muster von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität benannt. Diese Haupteigenschaften werden als voneinander unabhängige Störungsmerkmale behandelt und getrennt voneinander ermittelt. Im DSM-IV wird zwischen drei Subtypen unterschieden, den Mischtyp, der vorherrschend unaufmerksame Typ und der vorherrschend hyperaktiv-impulsive Typ. Beim Mischtyp müssen sowohl eine Aufmerksamkeitsstörung (sechs von neun Symptomkriterien müssen vorhanden sein), als auch Hyperaktivität/Impulsivität (sechs von neun Symptomkriterien müssen bestehen). Die Störungsmerkmale Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit werden in einem Kriterienbereich zusammengefasst. Beim Subtypen vorherrschende Unaufmerksamkeit werden nur die Symptomkriterien der Unaufmerksamkeit erfasst. Die Hyperaktivität/Impulsivität ist hierbei nicht stark ausgeprägt. Beim vorherrschend hyperaktiv-impulsive Typ ist vor allem die Hyperaktivität/Impulsivität vorhanden, hingegen die Aufmerksamkeitsstörungen sind nicht oder nicht ausreichend auffällig (Lauth & Schlottke, 2002).

Tabelle 2: Differenz der Symptomkriterien nach den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10

	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Nr. 314) nach DSM-IV	Hyperkinetische Störungen (F90) nach ICD-10
Symptome	Sechs oder mehr Symptome von Unaufmerksamkeit oder sechs (oder mehr) Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität	Mindestens sechs Symptome von Unaufmerksamkeit und mindestens drei Symptome von Überaktivität und mindestens drei Symptome von Impulsivität
Zeitdauer	Während der letzten sechs Monate	Mindestens sechs Monate
Ausmaß der Symptomatik	In einem Ausmaß, das mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht vereinbar ist	In einem Ausmaß, das mit dem Entwicklungsalter des Kindes nicht zu vereinbaren und unangemessen ist
Beginn	Einige Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität oder Unaufmerksamkeit müssen schon vor dem siebten Lebensjahr auftreten	Beginn vor dem siebten Lebensjahr
Situationen	Beeinträchtigung in zwei oder mehr Lebensbereichen	Die Symptome sollen situationsübergreifend auftreten
Ausmaß der Beeinträchtigung	Deutliche Hinweise auf eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung	Die Symptome verursachen ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit
Ausschluss von	Ausschluss bspw. einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie, psychotischen, affektiven Störung	Ausschluss bspw. einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer manisch-depressiven Störung sowie einer Angststörung
Subtypen	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus (Code-Nr. 314.01) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei vorherrschender Unaufmerksamkeit (Code-Nr. 314.00) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei vorherrschender Hyperaktivität – Impulsivität (Code-Nr. 314.01) Teilremittierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Code-Nr. 314.9)	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) Sonstige hyperkinetische Störungen (F 90.8) Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F 90.9)

(Lauth & Schlottke, 2002, 17, zitiert nach Forschungskriterien der Weltgesundheitsorganisation, 2000, 185-187).

Für Verhaltensprobleme, die nicht bedingungslos mit den Diagnosekriterien übereinstimmen, sind zwei Klassifikationsmöglichkeiten gedacht, nämlich die teilremittierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung und die nicht-näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Die erste Kategorie ist vor allem für Jugendliche und Erwachsene berechtigt, die zum Zeitpunkt zwar noch die Merkmale aufweisen, aber nicht mehr alle weiteren Symptomkriterien erfüllen. Die Kategorie nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wird dann zugewiesen, wenn eindeutige Symptome von Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität/Impulsivität erkannt werden, ohne dass allerdings die definierte Anzahl der Symptome erreicht wird bzw. nicht klar ist, ob sie in der Vergangenheit erreicht wurden. (Lauth & Schlottke, 2002, zitiert nach DSM-IV, 2000, 123)

Lauth und Schlottke (2002) geben an, dass derartige Subtypen auch in der ICD-10 differenziert werden. Nach dem Ausmaß der dargelegten Beeinträchtigung werden hierbei vier Subtypen unterschieden, nämlich in einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), in hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), in sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8) und in nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung (F90.9).

Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung soll verwendet werden, wenn die Kriterien für eine hyperkinetische Störung erfüllt sind, jedoch keine Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens feststehen (Dilling et al., 2000). Die Kodierung hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens ist zu bestimmen, wenn die Symptomkriterien für eine hyperkinetische Störung (F90) und die der Störung des Sozialverhaltens (F91) erfüllt sind. Weitere Subtypen in der ICD-10 sind die sonstigen hyperkinetischen Störungen und die nicht näher bezeichneten hyperkinetischen Störungen, diese nur verwendet werden sollen, wenn die Unterscheidung zwischen einfacher Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens nicht möglich ist, die allgemeinen Kriterien für F90 jedoch erfüllt sind (Dilling et al., 2000).

4.3. Differentialdiagnostik

Im Folgenden werden weitere Störungsbilder laut Döpfner et al. (2002) erläutert, die von hyperkinetischen Störungen abzugrenzen sind.

Altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern

In der frühen Kindheit lassen sich Merkmale der hyperkinetischen Störung oftmals nicht leicht von altersgemäßen Verhaltensweisen bei aktiven Kindern unterscheiden.

Hyperkinetische Symptome bei schulischer Überforderung

Vielfach können Symptome der Unaufmerksamkeit bei Kindern entdeckt werden, die eine für ihre intellektuellen Fähigkeiten untaugliche Schule besuchen.

Hyperkinetische Symptome bei schulischer Unterforderung

Besuchen hochintelligente Kinder normale Regelschulen kann dies zu einer Unterforderung führen, infolgedessen kann sich eine Unaufmerksamkeit im Schulunterricht darstellen.

Hyperkinetische Symptome bei Intelligenzminderung

Sowohl verstärkte Unruhe/Impulsivität als auch Aufmerksamkeitsschwäche werden meist bei Kindern mit Intelligenzminderung beobachtet.

Hyperkinetische Symptome als Folge chaotischer psychosozialer Bedingungen

Unangepasstes Verhalten kann sich bei Kindern, die von einem chaotischen, unorganisierten Umfeld umgeben sind, aufweisen. Befindet sich das Kind jedoch wieder in einer gut strukturierten Umgebung, verringern sich die Symptome meist schnell wieder.

Oppositionelle Verhaltensweisen

Kinder mit oppositionellen Verhaltensweisen weigern sich gegen schulische Aufgaben oder Arbeiten, die Konzentration und Anstrengung fordern, weil sie nicht bereit sind, sich den Anforderungen anderer anzupassen. Kinder mit ausschließlich oppositionellen Verhaltensstörungen, die schulische Aufgaben vermeiden, sind nur

schwer von Kindern mit hyperkinetischen Störungen zu unterscheiden. Bei vielen Kindern mit hyperkinetischer Störung breiten sich sekundär oppositionelle Verhaltensstörungen aus, dadurch wird die Differentialdiagnostik erschwert. Jedoch weisen sich bei Kindern mit ausschließlich oppositionellen Verhaltensstörungen nicht die anderen charakteristischen Merkmale der Aufmerksamkeitsschwäche und der motorischen Unruhe auf.

Psychomotorische Erregung und Konzentrationsstörungen bei affektiven Störungen und Angststörungen

Dieses Störungsbild lässt sich teilweise nur schwer von der Hyperaktivität und den Aufmerksamkeitsstörungen einer hyperkinetischen Störung differenzieren. Der Verlauf kann sich jedoch als Unterscheidungsmerkmal entpuppen, denn hyperkinetische Störungen treten im Gegensatz zu affektiven Störungen meist mit Beginn im Vorschulalter auf. Affektive Störungen hingegen kommen erst später vor und verlaufen normalerweise weniger beständig. Es ist meist keine hyperkinetische Störung vorhanden, wenn die Symptome der Unaufmerksamkeit erst nach dem siebten Lebensjahr beginnen und nicht gleichbleibend verlaufen.

Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000a) geben an, dass Kinder mit Anspannung, Unruhe und Konzentrationsschwäche reagieren, wenn Kinder vor bestimmten Situationen (z.B. Schularbeiten) Angst haben. Die Konzentrationsprobleme sind dann allerdings meist nur auf diese Situation begrenzt. Verspüren Kinder eine starke emotionale Belastung, wirken diese dann apathisch und sind wenig ansprechbar.

4.3.1. Störung des Sozialverhaltens

Zu den oppositionellen Verhaltensstörungen zählt nach DSM-IV die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten und nach ICD-10 die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten. Der einzige Unterschied in diesen Verhaltensstörungen besteht in der Bezeichnung der beiden Klassifikationssysteme. Außerdem legen beide Diagnosesysteme fest, dass die Symptome mindestens sechs Monate lang auftreten müssen. Für das Entwicklungsalter unangemessen müssen sie laut ICD-10 sein und klinisch wichtige Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen muss die Störung laut DMS-IV

aufweisen. Nach beiden Klassifikationssystemen müssen vier der acht erwähnten Kriterien für die Diagnose erfüllt sein, wobei nach ICD-10 zwei dieser Kriterien auch Kriterien für eine andere, eine aggressiv-dissoziale Störung des Sozialverhaltens sein können (Döpfner et al., 2002).

Zu den Symptomkriterien der Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten nach ICD-10 und der Störung mit oppositionellem Trotzverhalten nach DSM-IV gehören folgende dazu (Döpfner et al., 2002, 20):

- „1. [hat für das Entwicklungsalter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche.]
{wird schnell wütend.}
2. Streitet sich häufig mit Erwachsenen.
3. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen.
4. Ärgert andere häufig absichtlich.
5. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.
6. Ist häufig reizbar oder lässt sich von anderen leicht ärgern.
7. Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.
8. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.

{ } = nur DSM-IV; [] = nur ICD-10.“

Die sozial störenden Verhaltensweisen von Kindern mit oppositionellen Verhaltensstörungen sind weniger gravierend als die Symptome von Kindern mit einer aggressiv-dissozialen Störung des Sozialverhaltens. Sind die Merkmale einer aggressiv-dissozialen Störung des Sozialverhaltens gegeben, wird die oppositionelle Verhaltensstörung nicht diagnostiziert (Döpfner et al., 2002).

Die Hauptmerkmale der aggressiv-dissozialen Störung des Sozialverhaltens lassen sich in vier Gruppen einteilen, nämlich in:

- „- aggressives Verhalten, bei dem anderen Menschen oder Tieren Körperverletzungen zugefügt oder angedroht werden,
- nichtaggressives Verhalten, bei dem Eigentumsverlust oder –schaden verursacht wird,
- Betrug oder Diebstahl,

- andere schwere Regelverletzungen (wie Schuleschwänzen, Weglaufen von Zuhause)“ (Döpfner et al., 2002, 21).

Nach dem Klassifikationssystem ICD-10 werden von den Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F91.3) weitere Störungen des Sozialverhaltens abgegrenzt, die durch aggressive und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet sind. Im Folgenden werden diese kurz beschrieben (Döpfner et al., 2002):

- Das aggressive und dissoziale Verhalten tritt ausschließlich in der Familie auf (F91.0).
- Wenn aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen nicht auf die Familie begrenzt sind, aber funktionierende Beziehungen zu Gleichaltrigen bestehen, wird eine Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen festgestellt (F91.2).
- Bei einer Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1.) ist dies nicht so, denn hier haben die Kinder keine Freunde, sind unbeliebt und leben isoliert.

Nach DSM-IV werden diese Unterscheidungen nicht vollzogen. Es wird hierbei lediglich differenziert, ob der Beginn der Störung in der Kindheit oder im Jugendalter liegt.

5. Prognose und Verlauf mit dem Schwerpunkt Sozialverhalten

5.1. Entwicklung des Sozialverhaltens

Die Entwicklung eines Kindes wird durch seinen inneren Drang bestimmt. Tätigkeiten wie krabbeln, aufstehen und gehen müssen dem Kind nicht zuvor mitgeteilt werden, sondern werden vom Kind selbst ausgeführt. Es untersucht seine Umwelt nach immer wieder neuen Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln (Ayres, 2002).

Mit dieser Beschreibung geht Ayres (2002) im speziellen auf die körperliche Entwicklung des Kindes ein. Ähnliches gilt aber auch für die Ausbildung emotionaler und sozialer Fähigkeiten.

Lueger (2005) beschreibt den Menschen als ein soziales Wesen, das auf Kontakt und Beziehung zu anderen Mitmenschen angewiesen ist. Die Gefühle spielen dabei eine wesentliche Rolle in der Entwicklung. Sie sind Reaktionsmuster auf sowohl körperinterne als auch externe Reize. Diese wirken sich in weiterer Folge auf die physiologischen, der motorisch-verhaltensmäßigen und der subjektiv-psychologischen Ebenen aus. Diese Abläufe sind ein wesentlicher Bestandteil des menschlichen Daseins. Sie führen dazu, dass in jeder vorkommenden Situation Emotionen verspürt werden und gleichzeitig eine Verhaltensweise hervorgerufen wird.

Kleine Kinder sind noch nicht im Besitz von reichhaltigen Gefühlen. Ihre ersten Emotionen beziehen sich auf Glück, Freude, Trauer, Furcht, Wut, Überraschung und Ekel. Mit diesen Reaktionsmustern ist das Kind von Beginn an ausgestattet. Dies bedingt, dass dies auch in anderen Kulturen der Fall ist. Komplexere Emotionen werden erst im Zuge der ersten sozialen Erfahrungen gemacht. Die gemeinsame Interaktion führt dazu, dass Gefühle und soziale Bindungen aufgebaut werden und sich sogleich auch auf das Wohlbefinden des Menschen auswirken. Die emotionale Atmosphäre macht das Kind zu dem was es wird und in weiterer Folge lernt (Lueger, 2005).

Um soziale Beziehungen einzugehen, bedarf es ein Bewusstsein über die eigenen Emotionen. Gleichzeitig müssen aber auch die Gefühle anderer wahrgenommen werden. Es ist daher ein ständiger Lern- und Anpassungsprozess im Gange, der ein ganzes Leben lang andauert. In der Gesellschaft bestehende Normen und Werte, werden aufgenommen und in eigene umgewandelt. Dieser Prozess der Sozialisation ist wesentlich, um in der Gesellschaft angenommen zu werden. Die erste dieser Beziehungen ist jene zur Mutter. Sie ist bereits biologisch vorprogrammiert und hat die Funktion das Überleben des Kindes zu sichern. Das Kind sendet von Beginn an Schlüsselreize aus, auf die die Mutter besonders sensibel reagiert. Sie versucht die Bedürfnisse des Kindes zu stillen. Diese Form der Interaktion versteht das Kind sehr rasch und kann daher bereits zwischen dem zweiten und dritten Lebensmonat seine Äußerungen gezielt einsetzen. Kinder, die diese wichtigen Interaktionserfahrungen nicht machen, können leicht von ihren Gefühlen überwältigt werden. Durch einen emotionalen Dialog und eine stabile Beziehung, wird bei dem Kind die Entwicklung des Selbstwertgefühles, der Lernmotivation und die Selbstwirksamkeit gefördert. Ebenso lernt das Kind sich neugierig auf die Umwelt einzulassen und zu erforschen.

Dabei wird sein soziales, emotionales und kognitives Verhaltensspektrum erweitert (Lueger 2005).

5.1.1. Emotionale und soziale Entwicklung im Kleinkindalter

In weiterer Folge sollen die einzelnen emotionalen und sozialen Entwicklungsschritte des Menschen dargestellt werden. Dabei beziehen sich die Autorinnen auf den Beitrag von Lueger (2005).

Geburt bis 3. Lebensmonat

Die Zeit von der Geburt bis zum zweiten Lebensmonat, wird auch als „autistische Phase“ bezeichnet. Seine Wünsche liegen weitgehend darin, seine Bedürfnisse befriedigt zu bekommen. Ab dem zweiten Monat, spricht man von der „symbiotischen Phase“ in der Mutter und Kind gemeinsam eine Einheit bilden.

- Das Kind nutzt schreien als Appell um seine Unlustgefühle auszudrücken.
- Wenn es in den Arm genommen wird, kann es sich beruhigen.
- Das Kind betrachtet bewegte Gesichter in seiner Nähe. Zeigt somit sein soziales Interesse.
- Bei Zuwendung lächelt es spontan. Das Kind setzt sich emotional mit seinem Gegenüber auseinander.

Ab dem 3. Lebensmonat

- Auf sprachliche Zuwendung reagiert das Kind mit einem Lächeln.
- Das Kind sucht den Kontakt zur Mutter.

Ab dem 4. Lebensmonat

- Unangenehme Gefühle wie Angst, Wut, Zorn und Ekel werden durch Weinen und Schreien ausgedrückt.

- Das Kind beobachtet Bezugspersonen bei Tätigkeiten. Es fühlt sich von ihnen emotional angesprochen.

Ab dem 5. Lebensmonat

- Das Kleinkind kann seine Mutter an ihren Schritten oder an der Stimme erkennen.
- Gelegentlich hat das Kind Angst im Dunkeln. Es kann sich aber nach Zuwendung wieder beruhigen

Ab dem 6. Lebensmonat

- Es stellt weinen ein, wenn es Zuwendung durch eine bekannte Person bekommt.
- Kontakte werden mittels schreien hergestellt. Reagiert die Bezugsperson darauf, dann freut sich das Kind.
- Das Kind verlangt auf den Arm genommen zu werden, um seine emotionalen Bedürfnisse zu stillen.

Ab dem 7. Lebensmonat

- Versucht man dem Kind ein Spielzeug wegzunehmen, widersetzt sich das Kind. Es testet seine soziale Stellung.
- Das Kind ahmt Mimik nach, die es bei Erwachsenen sieht, um zu erkunden wozu es selbst in der Lage ist.

Ab dem 8. Lebensmonat

- Gegenüber fremden Personen ist das Kind zurückhaltend.

Ab dem 9. Lebensmonat

- Das Kind versucht einen lebhaften Kontakt zur Umwelt aufzubauen. Es ist sowohl sozial als auch emotional aktiv.
- Es versucht andere Personen in sein Spiel einzubeziehen, in dem es ihm ein Spielzeug entgegenstreckt.

Ab dem 10. bis Ende 12. Lebensmonat

- Das Kind übernimmt soziale Gesten wie beispielsweise winken.
- Es reagiert auf Zurufe die so viel wie „Nein“ oder „Halt“ bedeuten.
- Das Kind kann auch den Kontakt verweigern, wenn es kein Bedürfnis danach hat.
- Besitzt es Wünsche, versucht es diese mit allen Emotionen durchzusetzen.

2. Lebensjahr

- Das Kind stellt Kontakte zu andern Kindern her und erkundet seine Lebensumwelt. Es versucht sich sozial zu orientieren.
- Es kann noch nicht gemeinsam mit anderen Kindern spielen. Es geht dabei viel mehr darum, dem anderen Kind das Spielzeug wegzunehmen, nur um es zu besitzen.
- Auf Lob und Kritik reagiert das Kind empfindsam, da es emotional noch nicht ganz belastbar ist.

Ende 2. und Übergang zum 3. Lebensjahr

Im Alter von etwa drei Jahren, kann sich das Kind von der Mutter loslösen, da es weiß, dass sie immer wieder kommt. Es beginnt sich als Eigenpersönlichkeit, mit seinen Wünschen, Plänen und Bedürfnissen zu erkennen. Gleichzeitig tritt die Phase des Trotzalters ein, bei dem sich das Kind gegen den Willen der Eltern besonders intensiv wehrt.

- Das Kind kann Dinge teilen, die eigentlich ihm gehören.
- Wenn Hilfe benötigt wird, ist das Kind in der Lage diese anzunehmen.
- Das Kind bringt seine Umgebung gerne zum Lachen und genießt die ihm entgegengebrachte Zuneigung.

3. Lebensjahr

- Zu dieser Zeit findet sich das Kind in einer Kindergruppe schon gut zurecht und versteht auch Anweisungen, die an die Gesamtgruppe herangetragen werden.
- Das Kind wetteifert im Spiel mit anderen Kindern.
- Es ist dazu in der Lage erste Freundschaften zu bilden.

4. - 6. Lebensjahr

- Während dieser Phase ist das Kind bereits in der Lage mit anderen Kindern zu spielen, das Spielzeug zu teilen und sich zu integrieren
- Das Kind kann bereits seine Gefühle verbal ausdrücken.
- Es hilft gerne Erwachsenen bei seinen Tätigkeiten und wird gerne selbst als Erwachsener behandelt.

5.1.2. Emotionale und soziale Entwicklung im Grundschulalter

Im weiteren Verlauf der Darstellungen soll nun auf die soziale und emotionale Entwicklung des Kindes im Grundschulalter eingegangen werden.

Da die Kinder nun von einer wesentlichen Veränderung in ihrem alltäglichen Leben betroffen sind, stellen sich nun auch neue Anforderungen an sie. Die Erwartungen, die an ein Schulkind gerichtet werden, reichen von einigen Stunden ruhig sitzen bis hin zum Trinken und Essen, wenn dieses zugelassen ist. Bedürfnisse müssen daher aufgeschoben und Triebe unterdrückt werden. Des Weiteren benötigt das Kind einen gewissen Grad an Bereitschaft zur Anstrengung und Ausdauer als auch in der Aufmerksamkeit. Um eine gemeinsame Zielsetzung zu erreichen, muss es zum Teil auf die Durchsetzung seiner Bedürfnisse verzichten (Schenk-Danzinger, 1991).

Persönlichkeitsentwicklung

Auch die Persönlichkeit des Kindes unterzieht sich einem Wandel. Lotte Schenk-Danzinger (1991) nennt folgende Veränderungen die bei einem Schulkind zu beobachten sind:

Leistungsmotivation und Anspruchsniveau

- Die bereits zuvor vorhandene Freude, Neugierde und Funktionslust als Basis jeder spontanen Zuwendung sollte weiterhin vorhanden sein. Dies ist jedoch nur unter besonders positiven pädagogischen Bedingungen der Fall. Ein neuer Aspekt, ist die eigene Zielsetzung des Kindes.
- Das Selbstwertgefühl, wird durch Erfolg und Versagen bestimmt und auch als Gradmesser für die Beliebtheit bei den LehrerInnen und MitschülerInnen herangezogen.
- Da Misserfolg nur schwer bewältigt werden kann, wird eine erhöhte Anstrengung zur Vermeidung dieses Gefühls produziert.
- Eigene Fehler werden erkannt und es können realistische Beurteilungen der weiteren Erfolgschancen abgegeben werden.
- Aufgrund von bereits vorhergegangenen Leistungen hebt sich das Anspruchsniveau des Kindes. Dies bezieht sich nicht nur auf seine eigenen Leistungen, sondern auch auf die der anderen Kinder. Sie werden miteinander in Bezug gesetzt und führen zu einem Wettbewerb.
- Gleichzeitig ist das Kind auch dazu bereit Dinge zu lernen, die kein persönliches Interesse hervorrufen. Seine Motivation besteht aus der Sicherung der Zuwendung von Eltern und LehrerInnen.

Aufmerksamkeit und Motivation

- Die willkürliche Aufmerksamkeit wird belastbarer. Das Verhalten wird durch Pläne, Zielsetzungen, Interesse, aber auch durch das Gefühl der Verpflichtung gegenüber einem Selbst als auch Anderen gesteuert.

- Da eine Zunahme der Selbststeuerung erfolgt, nehmen Konzentrations- und Ausdauerphasen zu.
- Eigene Zielsetzungen werden fremdgestellten Zielsetzungen hinten angestellt. Dies erfolgt jedoch nur, wenn diese der individuellen Leistungskapazität entsprechen.
- Des Weiteren entwickelt das Kind ein Gefühl der Verpflichtung gegenüber selbstgestellten Aufgaben.

Soziale Entwicklung

In der folgenden Ausführung, sollen die Veränderungen des sozialen Verhaltens in der Gruppe und zu Bezugspersonen in der institutionalisierten Erziehung erläutert werden. Schenk-Danzinger (1991) nennt fünf wesentliche Punkte dieser Veränderung:

- Die Sozialkontakte im Rahmen der Schule sind zu Beginn schwierig, da sich die Kinder noch nicht kennen. Es entwickeln sich im Laufe der Zeit Grenzpositionen die Beliebtheit und Unbeliebtheit ausdrücken. Die Freundschaften sind häufig oberflächlich.
- An Spielsituationen sind zumeist fünf bis sechs Kinder beteiligt.
- Die Kinder besitzen den Wunsch eine wesentliche Rolle in einer Gruppe zu spielen. Sie möchten beachtet werden und so erwacht das Prestigebedürfnis.
- Zur Lehrperson besteht eine emotionale Beziehung, welche eine wesentliche Identifikationsperson darstellt. Das Kind gerät in eine Abhängigkeit, welche eine ständige Bestätigung durch die Lehrperson erwünscht. Zu den Eltern wird eine erste Distanzierung vorgenommen. Dies bildet die Voraussetzung für eine Anpassung an die Gruppe.

5.1.3. Emotionale und soziale Entwicklung in der Pubertät

Neben den bekannten körperlichen Veränderungen während der Pubertät, haben Jugendliche noch weitere Entwicklungsschritte zu bewältigen. Diese beziehen sich vor allem auf die sozialen und emotionalen Aspekte dieses Lebensabschnittes. Es

gibt eine Reihe an Aufgaben, die der junge Mensch in dieser Zeit zu bewältigen hat (Schenk-Danzinger, 1991, 193):

- die Selbstfindung,
- die Ablösung von der Ursprungsfamilie,
- die erste Orientierung in der Welthierarchie der Gesellschaft,
- die Skizzierung der ersten Lebenspläne, die Berufsfindung und die Anbahnung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit,
- die Anbahnung von heterosexuellen Kontakten und die Bewältigung der genitalen Sexualität.

In diesem Rahmen soll sich im Speziellen den sozialen Aspekten gewidmet werden. Während der Ablösung vom Elternhaus, nehmen Gleichaltrige bei den Jugendlichen eine immer größere Rolle ein. Sie stellen Personen dar, die die gleichen Aufgaben zu bewältigen haben wie sie selbst. Schuldgefühle, die bei der Zurückweisung der Eltern entstehen, sind somit besser zu verarbeiten. Die neue Form der Freizeitgestaltung wird dazu verwendet eine Distanz zwischen dem Jugendlichen und seinem Elternhaus zu schaffen. Gleichzeitig stellt die Zusammenkunft mit anderen Jugendlichen eine Möglichkeit zur Einübung von sozialen Fertigkeiten dar. Es finden Interaktionen statt, welche Wettbewerb, Zusammenarbeit, sowie Unter- und Überordnung beinhalten. Im Rahmen dieser Jugendgruppen wird es möglich einen Status und Prestige zu erlangen, welches ihnen in der Lebenswelt der Erwachsenen nicht zugesprochen wird (Schenk-Danzinger, 1991).

Einen weiteren wesentlichen Teil der sozialen wie auch emotionalen Entwicklung macht die sexuelle Beziehung zu anderen Personen aus. Beide Geschlechter nutzen die Phase der Pubertät um erste Erfahrungen zu sammeln und verschiedene Formen des sexuellen Kontaktes schrittweise einzuüben. Dieser Prozess vollzieht sich in den meisten Fällen über mehrere Jahre und nimmt im Laufe der Zeit an Ausprägung und Bedeutsamkeit zu. Gleichzeitig führen diese ersten sexuelle Kontakte auch zu seelischen Konflikten, die es zu bewältigen gilt (Schenk-Danzinger, 1991).

5.2. Entwicklung des Sozialverhaltens von ADHS-Kindern

Hyperkinetische Störungen beginnen meist schon vor dem Schulalter. Sie lassen sich meist im Alter von fünf bis sechs Jahren gut erkennbar machen. Vielfach beginnt die Störung bereits im Kleinkindalter, man spricht von sogenannten Schreibabys (Döpfner et al., 2000a).

Nach Wender (2002) nehmen die schwerwiegendsten Symptome vieler Kinder mit ADHS fortlaufend ab und verschwinden in der Pubertät ganz, wobei dies bei manchen Kindern früher, bei manchen später der Fall ist. Aktuelle Studien haben jedoch gezeigt, dass 70 bis 80 % der betroffenen Kinder die Merkmale nicht mit dem Älterwerden verlieren und die Probleme in der Familie, Schule und bei den Gleichaltrigen bestehen bleiben. Einige Symptome ändern sich im Laufe der Zeit bei allen ADHS-Kindern, oder entfernen sich vielleicht sogar gänzlich. Ebenso verschwinden oft auch die Zappeligkeit und Unruhe mit dem Älterwerden, wobei die Konzentrationsschwierigkeiten, die mangelnde Ausdauer und die erhöhte Impulsivität bestehen bleiben können. Dies ist bei vielen Erwachsenen mit ADHS der Fall.

5.2.1. Säuglings- und Kleinkindalter

Nach Hoberg (2007) werden Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter noch nicht mit dem Verdacht auf ADHS vorgestellt, da man hier noch nicht in der Lage ist, es zu diagnostizieren. Ihrer Meinung nach, kann man lediglich von einem Risiko auf ADHS sprechen. Dieses besteht darin, wenn die Säuglinge mit extrem hohem Aktivitätsniveau, Schlafproblemen, Essschwierigkeiten und gereizter Stimmungslage auffallen (Döpfner et al., 2002; Wender, 2002).

Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000b) weisen darauf hin, dass eine Abgrenzung von ADHS von Normalvarianten des Verhaltens kleiner Kinder ab dem Alter von drei Jahren schwierig, aber dennoch sehr wohl möglich ist.

Treten alle genannten frühkindlichen Regulationsstörungen gemeinsam auf und sind in der Familie einige Besonderheiten, wie beispielsweise, dass Eltern selbst von ADHS betroffen sind oder ein Nikotin- oder Alkoholmissbrauch vorliegt, vorhanden, sollte man aufmerksam werden. Gelingt es der Bezugsperson nicht diese

ungünstigen Temperamentsmerkmale zu bewältigen, erhöht sich das Risiko und eine zusätzlich frühe Interaktionsstörung manifestiert sich (Hoberg, 2007).

Laut Döpfner et al. (2002) fallen eine hohe Anzahl an hyperkinetischen Kindern durch Überaktivität, einer geringen Aufmerksamkeitsspanne und oppositionellem Verhalten bereits im Altern von drei Jahren auf. Die Abgrenzung von einer noch altersgemäßen Aufmerksamkeitsspanne und motorischer Unruhe fällt oft nicht leicht und viele unruhige, zappelige Dreijährige entwickeln später dann doch keine hyperkinetische Störung. Meist treten zusätzlich Entwicklungsstörungen in der Sprachentwicklung, in der motorischen Entwicklung und in der Entwicklung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit auf.

Aufgrund dessen kann man sagen, dass es nicht nur deswegen wichtig ist, ADHS in möglichst frühem Stadium zu erkennen, um dem Kind möglichst bald eine entsprechende Therapie zukommen zu lassen, sondern auch damit die Eltern in einer richtigen Form unterstützt werden, um von Beginn an Folgeschäden zu vermeiden bzw. entgegenzuwirken.

5.2.2. Kindergarten- und Vorschulalter

In diesem Alter zeigen sich bei Kindern die Merkmale von motorischer Unruhe und extremer Umtriebigkeit am deutlichsten (Döpfner et al., 2002). Etliche Studien haben eine hohe Stabilität der Symptomatik vom Vorschulalter bis ins Grundschulalter hinein belegt. Nach Hoberg (2007) rennen diese Kinder phasenweise ohne erkennbaren Grund im Kreis herum oder im Raum hin und her. Diese motorische Unruhe zeigt sich vor allem in unstrukturierten Situationen. Ebenso sind diese Kinder nicht ausdauernd und leicht ablenkbar.

Die motorische Unruhe ist in diesem Alter ein relativ starkes Merkmal für künftige soziale Anpassungsschwierigkeiten in der Schule (Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996). Aufgrund der hohen Entwicklungsvariabilität sollten ADHS-Diagnosen in diesem Alter jedoch noch mit äußerster Vorsicht gestellt werden. Die Hälfte dieser Kinder zeigt im Alter von sechs Jahren weiterhin hyperkinetische Störungen (Döpfner et al., 2002).

Außerdem können in diesem Alter bereits Probleme mit der sozialen Anpassung vorkommen, wobei eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, Wutausbrüche und eine

geringe Frustrationstoleranz zu den meist genannten Schwierigkeiten zählen (Wender, 2002).

5.2.3. Grundschulalter

ADHS-Kinder sind häufig mit sechs Jahren noch nicht schulreif. Der Lehrperson fällt oft gleich zu Schulbeginn auf, wie ungeschickt das Kind den Bleistift hält, wie unordentlich es mit seinen Schulsachen umgeht, wie viel Zeit es vertrödelt usw. (Drüe, 2007).

Außerdem nehmen die Schwierigkeiten hyperkinetischer Kinder mit dem Schuleintritt oft stark zu, da sie auf einmal mit Anforderungen konfrontiert werden, die sie nicht gewohnt sind. In der Schule ist Ausdauer, Konzentration und Ruhe gefragt. Diesen Dingen sind ADHS-Kinder nicht gewachsen (Döpfner, Frölich und Lehmkuhl, 2000a). In diesem Altersbereich besuchen auch meistens die Kinder mit ADHS zum ersten Mal eine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung, in denen die Diagnose dann gestellt wird (Gawrilow, 2009).

Laut Döpfner, Schürmann, Frölich (2002) treten in diesem Altersbereich oftmals auch Störungen in den Beziehungen zu Gleichaltrigen auf. Ebenso lassen sich Leistungsschwächen in der Schule, dissoziale Verhaltensweisen (z.B. Lügen, Stehlen), Wutausbrüche und verminderte Selbstwertgefühle erkennbar machen. Lauth et al. (2007) teilen mit, dass es im Grundschulalter zu sozialen Schwierigkeiten kommt. Da es dem ADHS-Kind schwer fällt Freundschaften zu schließen, wird es schnell zum Außenseiter in der Klasse. Dadurch entstehen Folgeprobleme, wie Schulunlust und Aggressivität, die ihm das Leben zusätzlich erschweren.

Im Unterricht fallen diese Kinder durch Unruhe und erhöhte Ablenkbarkeit auf. Es kommt des Öfteren vor, dass ADHS-Kinder durch Lernstörungen und Unruhe Klassen wiederholen müssen oder sogar die Schule verlassen müssen. Trotz ähnlicher Intelligenz zu anderen Kindern, ist die Schullaufbahn durch Klassenwiederholungen, Schulverweisen, Umschulungen auf Förderschulen und Ausschluss vom Unterricht gekennzeichnet. Lernstörungen verstärken diese Probleme noch (Gawrilow, 2009).

Aufgrund des Ausbleibens von Lernerfolgen lässt die Begeisterung für die Schule deutlich nach. Dies führt dazu, dass das Kind öfters versucht, daheim bleiben zu dürfen (Lauth et al., 2007).

Die Stabilität der Störung liegt im Grundschulalter bei mindestens 60 bis 70 %.

Eine Untersuchung (Lambert, 1988, zitiert nach Lauth et al., 2007) kam zu dem Resultat, dass die Qualität der Beziehungen zu MitschülerInnen ein gutes Vorhersageinstrument für die Qualität der Sozialbeziehungen im Erwachsenenalter sind, überdies gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Selbstkonzeptes im Schulalter und der Häufigkeit aggressiver und nicht-aggressiver Verhaltensstörungen in der Adoleszenz.

5.2.4. Jugendalter

ADHS-Kinder sind auch als Jugendliche weiterhin impulsiv, leicht ablenkbar, desorganisiert und zeigen oft Schulversagen. Eine Viertel dieser Kinder ist auch delinquent und häufiger in Unfällen verwickelt als Kinder ohne ADHS (Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996).

Nach Döpfner et al. (2002) vermindert sich im Jugendalter die motorische Unruhe meist drastisch. Aufmerksamkeitsstörungen bleiben allerdings meist gleichbleibend. Diverse Studien kamen zu dem Ergebnis, dass die Rate der weiterhin Auffälligen bei 30 und 70 % liegt. Vorwiegend Jugendliche, die bereits als Kinder auffällig aggressiv waren, entwickeln dissoziale Verhaltensprobleme. Dies zeigt sich in Form von Schulschwänzen, Lügen und Stehlen. Bei Jugendlichen, die dissoziale Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, liegt auch der Anteil in Deutschland bei etwa 40 %. Zudem wird die Schule häufiger mit einem niedrigeren Schulabschluss beendet. Hoberg (2007) betont auch die weiterhin bestehenden Frustrationserlebnisse und die Leistungsprobleme in der Schule. Umschulungen und Klassenwiederholungen setzen sich ebenso fort. Des Weiteren zeigen manche Jugendliche einen Mangel an Durchhaltevermögen, haben kein Selbstvertrauen und sind daher leicht beeinflussbar und lassen sich entsprechend zu jedem nur erdenklichen Unfug anstiften. Folge sind meist Alkohol- Zigaretten- und auch anderer Drogenkonsum. Jugendliche mit ADHS sind auf der Suche nach einem Kick und wollen immer neue Herausforderungen. Wender (2002) beschreibt, dass infolgedessen die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass sich Jugendliche mit ADHS einer extremen Peer-Group anschließen, um die Suche nach aufregenden, verbotenen Dingen zu steigern. Bei der Suche nach Anregung neigen die Jugendlichen oft zu depressiven Verstimmungen. Aufgrund

ihres negatives Selbstbildes und ihrer Impulsivität, schließen sie sich auch öfters an eine beliebige Peer-Group an, auch wenn diese delinquente Handlungen begeht.

Wender (2002) gibt an, dass Jugendliche, die weiterhin an sozialen Aufmerksamkeitsdefiziten leiden, Schwierigkeiten mit ihrer Peer-Group haben. Ist der Jugendliche durch die ADHS zusätzlich beeinträchtigt, wie z.B. durch eine schlechte Koordinationsfähigkeit beim Sport, ist es für den Betroffenen noch schwieriger Freunde zu finden. Außerdem ist es für Jugendliche schmerzhafter in der Peer-Group nicht akzeptiert zu werden, als für Kinder.

5.2.5. Erwachsenenalter

Nach Klicpera & Gasteiger Klicpera (1996) ist die Mehrheit im Erwachsenenalter nicht mehr beeinträchtigt, jedoch weiterhin impulsiv. Außerdem haben sie öfters Unfälle und trotz normalen IQ und guten sozialen Hintergrund meist eine geringe Berufsausbildung. Döpfner et al. (2002) geben an, dass nicht nur der Beschäftigungsstatus vermindert ist, sondern auch die soziale Einbindung und das psychische Wohlbefinden.

Wender (2002) hingegen gibt an, dass sich die Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung bei einem bis zwei Drittel im Erwachsenenalter noch zeigen. Zudem variiert die Symptomatik hierbei erheblich. Hoberg (2007) weist darauf hin, dass Erwachsene mit ADHS eine erhebliche Störung in der Selbstorganisation haben, die zu massiven Problemen im Zeitmanagement und planvollen Handeln führt. Sie neigen zu Unordentlichkeit, vergessen Termine oder wechseln diese und sind ständig ungewollt unpünktlich. Eine Veränderung im geplanten Tagesablauf lässt sie in Panik geraten. Viele Dinge werden angefangen, jedoch nicht zu Ende geführt. Auch den erwachsenen ADHS-Betroffenen fällt es schwer zuzuhören. Außerdem haben sie auch meistens ein geringes Selbstwertgefühl und aufgrund ihrer Impulsivität und Reizbarkeit leiden sie häufig an Beziehungsproblemen. Bei vielen zeigt sich ebenfalls ein dissoziales und aggressives Verhalten.

Die Persistenz der Störung bis ins Erwachsenenalter drückt sich durch ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, sowie zur Entwicklung von Alkoholismus, Drogenmissbrauch und interpersoneller Beziehungsstörungen aus (Döpfner et al., 2002).

Viele Eltern der Kinder mit ADHS leiden selbst an dieser Störung, da die ADHS eindeutig gehäuft in manchen Familien auftreten (Wender, 2002).

Nach Döpfner, Frölich und Lehmkuhl (2000b) spielen Faktoren, wie eine hohe Intelligenz, eine zufrieden stellende familiäre Situation, eine intakte Eltern-Kind-Beziehung, soziale Eingebundenheit des Kindes in Schule und Gleichaltrigengruppen, sowie eine früh einsetzende und dauerhaft durchgeführte multimodale Therapie eine wesentliche Rolle für einen günstigen Entwicklungsverlauf.

Es konnten bislang noch keine eindeutigen Effekte bei geringer Behandlungsintensität auf den Verlauf im Jugend- und Erwachsenenalter nachgewiesen werden (Döpfner et al., 2002).

5.3. Soziometrischer Status

Das Ausmaß der Beliebtheit in einer Gruppe kann über den soziometrischen Rang festgehalten werden. Sie spiegelt Beliebtheit und Akzeptanz der Person wieder. Um die soziale Kompetenz und auch Entwicklungen des Sozialverhaltens festzuhalten, wird in Längsschnittstudien der soziale Rang bestimmt (Putallaz & Dunn, 1990, zitiert nach Nageler, 2005). Verschiedenste Studien haben sich mit dem soziometrischen Status von ADHS Kindern auseinandergesetzt, wobei alle zu einem ähnlichen Ergebnis gelangen. DeHaas (1986, zitiert nach Nageler, 2005) berichtet, dass Buben als auch Mädchen mit hyperkinetischen Symptomen bei der Untersuchung vermehrt negative Nennungen durch ihre KlassenkameradInnen bekamen. Wheeler Maedgen & Carlson (2000, zitiert nach Nageler, 2005) stellten fest, dass Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung und einer zusätzlichen Hyperaktivitätsstörung, sowie massiver Impulsivität deutlich unbeliebter bei ihren MitschülerInnen waren als andere beziehungsweise Kinder bei denen lediglich ADS diagnostiziert wurde.

5.4. Soziale Beziehungen

Ein großer Anteil der ADHS-Kinder zeigt neben den Kernsymptomen eine erhebliche Aggressivität. Diese richtet sich oftmals auch gegen Gleichaltrige, wobei sie jedoch

die Kriterien einer aggressiven –dissozialen Störung des Sozialverhaltens noch nicht erfüllen. Die ADHS-Kinder tendieren in der Gruppe dazu, Grenzen und Regeln nicht zu beachten und auf Aufforderungen nicht zu reagieren. Der Großteil ist daher aufgrund dieser Auffälligkeiten bei anderen MitschülerInnen und Gleichaltrigen eher unbeliebt oder wird komplett abgelehnt (Döpfner, Schürmann und Frölich, 2007). Whalen und Henker (1985, zitiert nach Nageler, 2005) gehen davon aus, dass ADHS Kinder zwar über soziales Wissen und Urteilsvermögen verfügen, aber deutliche Schwierigkeiten besitzen sich nach diesen auch zu richten.

Auch im familiären Bereich wirkt sich die ADHS-Symptomatik mit all ihren Begleiterscheinungen auf die Beziehung zwischen dem ADHS-Kind und seinen Bezugspersonen aus. Ins Besondere Situationen wie das Erledigen der Hausaufgaben, Besucher im Haus, Spielsituationen mit andern Kindern sowie das Erledigen von Aufträgen und Einnehmen von Mahlzeiten wird von den Eltern häufig als problematisch und belastend angesehen (Döpfner, et al. 2007). Gleichzeitig konnte jedoch auch von Hinshaw (2000, zitiert nach Nageler, 2005) festgestellt werden, dass vor allem bei Eltern die einen negativen und inkonsequenten Erziehungsstil praktizierten, die ADHS-Kinder eine deutliche verminderte soziale Kompetenz besitzen. Der Erziehungsstil der Eltern steht daher in einem direkten Zusammenhang mit der Entwicklung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder.

5.5. Resümee Sozialverhalten

Das Bildungszentrum Kiprax hat sich zum Ziel gesetzt, neben dem Unterricht das Sozialverhalten der ADHS –Kinder zu verbessern. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, die SchülerInnen in eine Regelschule zurückzuführen und zu resozialisieren. Die spezifischen pädagogischen Maßnahmen die zuvor beschrieben wurden, sind dabei eine Voraussetzung. Im Rahmen der Arbeit mit den ADHS-Kindern konnten folgende Verhaltensauffälligkeiten besonders häufig beobachtet werden. Die Schüler zeigen eine erhöhte Aggressivität sowohl gegenüber Gleichaltrigen als auch Erwachsenen. Zudem reagieren sie sehr sensibel, wenn sie kritisiert werden. Des Weiteren sind sie schnell in ungewohnten Situationen überfordert und reagieren emotional. Freundschaften sind nicht von langer Dauer, da sie immer wieder aufbrausend und impulsiv reagieren. Neben ihren negativen

Eigenschaften haben sie aber auch eine Reihe an positiven Verhaltensweisen. Sie sind stets hilfsbereit und sehr kreativ. Die ADHS-Kinder des Bildungszentrums sind neugierig und kommunikativ. Sie zeigen sich sowohl gegenüber anderen Kindern als auch Erwachsenen sehr einfühlsam. Aufgrund des Schwerpunktes des Bildungszentrum Kiprax das Sozialverhalten zu verbessern, gehen die Autorinnen von folgenden Annahmen aus.

- Eine Verbesserung des Sozialverhaltens wird durch den Schwerpunkt „Soziale Kompetenz“ im Bildungszentrum Kiprax erreicht. Der Fokus wird auf Regeln und Einhaltung von Grenzen gelegt, um eine Veränderung im Sozialverhalten zu erreichen. Gleichzeitig erkennen die Kinder das Fehlverhalten von ihren MitschülerInnen und lernen daraus.
- Den Bedürfnissen der ADHS-Kinder kann im Rahmen des Bildungszentrums Kiprax besser entgegengekommen werden. Die in der Literatur empfohlenen pädagogischen Maßnahmen können in diesem Rahmen einfacher umgesetzt werden.
- Durch die positive Entwicklung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder, wird die Beziehung zwischen dem Kind und seinen Eltern verbessert.

6. Diagnose

Die Erstellung einer Diagnose, bei Verdacht auf ADHS, sollte möglichst früh erfolgen. Bereits im vierten Lebensjahr lässt sich eine solche Untersuchung durchführen und Erkenntnisse über die Störung des Kindes erlangen. Die Durchführung der Diagnose sollte stets durch eine(n) erfahrene(n) MedizinerIn oder Diplompsychologen/Diplompsychologin durchgeführt werden. Für die Beurteilung, sollte das multiaxiale Klassifikationsschema psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, zu Hilfe genommen werden. Die Vorteile dieses Diagnoseschemas, liegen in der komplexen Erfassung der Gesamtbeeinträchtigung, die aber gleichzeitig die Möglichkeit bietet differenzial diagnostische Begrenzungen vorzunehmen (Neuhaus, 2001).

Zudem sollten die erfassten Symptome bereits vor dem siebten Lebensjahr aufgetreten und bei der Diagnostik schon über einen Zeitraum von sechs Monaten beobachtbar sein (Lauth, Schlottke und Naumann, 2007).

6.1. Diagnostisches Vorgehen

Im Rahmen des diagnostischen Prozesses, müssen mehrere Kriterien erfüllt werden. Sowohl im Bereich der Unaufmerksamkeit, der Hyperaktivität als auch der Impulsivität müssen einige Übereinstimmungen gefunden werden (Döpfner, Schürmann und Lehmkuhl, 2006). Die folgenden Merkmale wurden bereits im Kapitel 3 beschrieben.

Um ADHS zu diagnostizieren, erfolgt eine Aufarbeitung bereits vorgefasster Bausteine (Knölker, 2001):

- Anamnese
- Exploration
- Fremdbeurteilung
- Verhaltensbeobachtung
- körperlich-neurologische Untersuchung
- allgemeine Leistungsdiagnostik

- spezifische Leistungsdiagnostik

Die Folgenden Punkte werden in den deutschen Leitlinien zur ADHS-Diagnose als unumgänglich betrachtet (Knölker, 2001):

- Exploration der Eltern und der ErzieherInnen/LehrerInnen
- Exploration von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf hyperkinetische Störung
- Verlaufskontrolle

Die weiteren Beurteilungskriterien werden nicht als zwingend notwendig betrachtet, sind aber von häufiger Notwendigkeit (Knölker, 2001):

- Standardisierte Fragebögen für Eltern, für das Kind/den Jugendlichen und für die ErzieherInnen/LehrerInnen
- Testpsychologische Untersuchungen
- Körperliche Untersuchungen

Cordula Neuhaus (2001) ordnet dem Diagnosevorgehen unterschiedliche Teilbereiche zu, die sie genauer erläutert und als Achsen definiert:

Achse 1 bezieht sich auf das klinisch psychiatrische Syndrom, dass nach einer Erhebung der lebensgeschichtlichen Entwicklung und Befragung der Symptome diagnostiziert werden kann. Dazu werden spezielle Fragebögen zu Hilfe genommen.

Achse 2 beschäftigt sich mit der Einschätzung und Abklärung von Entwicklungsstörungen, die häufig mit der Diagnose ADHS einhergehen (Lese- und Rechtschreibprobleme).

Achse 3 bezieht sich auf den Entwicklungsstand beziehungsweise dem Intelligenzquotienten, der mit Hilfe von diagnostischen Tests erhoben werden soll.

Achse 4 bemüht sich darum, körperliche Symptomatik abzuklären.

Achse 5 analysiert die psychosozialen Umstände. Dazu zählen unter anderem Schulschwierigkeiten oder Außenseiterpositionen. Des Weiteren werden intrafamiliäre Beziehungsstrukturen betrachtet und erhoben. Ebenso sollen negative

Erziehungsbedingungen und eventuelle psychischen Störungen innerhalb der Familie aufgedeckt werden.

6.2. Erhebungsinstrumente

Im Folgenden Teil, sollen die einzelnen Erhebungsinstrumente für die Diagnose ADHS genauer beschrieben werden. Um ein gesichertes Ergebnis zu erzielen, sollte interdisziplinär gearbeitet werden. Da einzelne Fälle von einer hohen Komplexität geprägt sein können, lässt sich erst durch die Zusammenarbeit einzelner Wissenschaftsbereiche ein passender Therapieplan erstellen (Steinhausen, Rothenberger und Döpfner, 2010).

6.2.1. Interview

Im Vordergrund der Untersuchung steht das persönliche Interview mit dem/der Patienten/Patientin und seinen Bezugspersonen. Ins Besondere bei PatientInnen im Kindesalter wird ein Interview mit den Eltern fokussiert. Erst im Jugendalter, wird den Aussagen des/der Klienten/Klientin größere Bedeutung zugesprochen. Sowohl bei diesen PatientInnen, als auch bei Erwachsenen werden weitere Bezugspersonen als mögliche Informationsquelle herangezogen (Steinhausen und Rösler, 2010).

Lauth, Schlottke und Naumann (2007) heben den Aspekt hervor, dass auch intensiv mit dem Kind gesprochen werden sollte. Es gilt zu erheben, wie das ADHS-Kind die Situation wahrnimmt und welche Problembereiche ihn besonders belasten.

Neben der Exploration der Häufigkeit und Intensität der Hauptkriterien der ADHS werden auch Erhebungen über die kindliche Entwicklung, das Freizeit- und Sozialverhalten des Kindes, Erziehungsstile und zusätzliche vorliegende Störungen vorgenommen (Knölker, 2001).

In der folgenden Ausführung, wird eine detaillierte Gliederung des Interviews mit Eltern beziehungsweise Bezugspersonen von ADHS-Kindern dargestellt. Sie basiert auf dem Beitrag von Steinhausen & Rösler (2010).

- **Vorstellungsgrund**

- Anamnese
 - Schwangerschaft und Geburt (v.a. Nikotin- und Alkoholkonsum der Mutter)
 - Psychosoziale Entwicklung
 - Krankheiten
 - Psychopathologie/ komorbide Störungen
 - ADHS
 - Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens
 - Spezifische Lernstörungen
 - Entwicklungsbezogene Koordinationsstörungen
 - Tic-Störungen
 - Autistische Störungen
 - Schlafstörungen

- Psychosoziales Funktionieren
 - Familie
 - Schule
 - Gleichaltrige

- Familienleben
 - Familiengesichte
 - Familiärer Stress
 - Erziehungspraktiken
 - Eltern-Kind-Beziehung

In Bezug auf das Familienleben, soll ins Besondere das erzieherische Vorgehen analysiert werden. Da dies eine erhebliche Auswirkung auf die Symptomatik bewirken kann, sollen andere mögliche Bewältigungsmöglichkeiten angedacht werden. Nicht nur die Eltern sollen in diesen Weiterbildungsprozess eingebunden

werden, sondern auch die Geschwister müssen daran Anteil nehmen (Steinhausen & Rösler, 2010).

Im Elterninterview über Problemsituationen in der Familie (EI-PF) wird mit einem halbstrukturierten Leitfaden gearbeitet, der 17 alltägliche Familiensituationen erforscht, die bei einem ADHS-Kind häufig zu Problemen führen. Diese Erhebung führt dazu, dass Reaktionen der Eltern auf Problemverhalten der Kinder, festgehalten werden können (Döpfner & Rothenberger 2007). In weiterer Folge lässt sich darauf eine Grundlage für den weiteren Beratungsplan erstellen und Maßnahmen im verhaltenstherapeutischen Bereich erarbeiten (Steinhausen & Rösler, 2010).

6.2.2. Verhaltensbeobachtung

Die alleinige Beurteilung des Verhaltens und Auffälligkeiten des Kindes durch Fragebögen ist für eine zuverlässige Diagnose nicht ausreichend. Sie zielen darauf ab, Aspekte des Kindes retrospektiv zu beurteilen und sind daher nicht zuverlässig. Die Wahrnehmung und die Beurteilung des Verhaltens können über diesen längeren Zeitraum verzerrt sein. Die direkte Verhaltensbeobachtung bietet die Möglichkeit solche Verzerrungen zu korrigieren. Eine solche Beobachtung kann sowohl durch den/die UntersucherIn als auch von den Bezugspersonen durchgeführt werden. Die Vorteile dieser Erhebungsmethode liegen in der objektiven Betrachtungsweise. Gleichzeitig ist diese aber auch eine der am zeitaufwendigsten. Ebenso zeigen diese Beobachtungen nur einen Teilausschnitt, die nicht als solches allein repräsentativ sein können. Zudem kann diese Beobachtungssituation zu einem verzerrten Verhalten führen (Döpfner, 2010).

Auch Knölker (2001) beschreibt in seinen Ausführungen, dass Kinder selten über ihr Verhalten Auskunft geben können und oftmals in direkten Untersuchungssituationen sozial angepasstes Verhalten zeigen. In Bezug auf direkte Beobachtungssituationen beispielsweise in der Schule, führt er diese Problematik nicht an.

Da alle Erhebungsinstrumente sowohl Vor- als auch Nachteile besitzen, werden diese in kombinierter Form angewendet, um so eine der Realität entsprechende Diagnostik zu erzielen (Döpfner, 2010).

Verhaltensbeobachtungen in klinischen Situationen

Im Rahmen der klinischen Diagnostik werden Verhaltensbeobachtungen durchgeführt, die niedrig strukturiert sind. Sie werden als Teil der Untersuchungs- und Testsituationen durchgeführt. Das Kind wird während folgender Maßnahmen beobachtet (Döpfner, 2010):

- während der Exploration des Kindes/Jugendlichen.
- bei der Durchführung von psychologischen Testverfahren und anderen Untersuchungen.
- Beobachtung findet während einer Spielsituation mit dem Kind statt.
- während der gemeinsamen Exploration von Eltern und Kind/Jugendlichen.

Wie bereits zuvor erwähnt, können diese Beobachtungen verzerrt sein und müssen daher mit anderen Untersuchungsverfahren abgeglichen werden. Jedoch je massiver die Störung bei dem Kind/Jugendlichen vorhanden ist, umso häufiger zeigt sich die Symptomatik in klinischen Situationen (Döpfner, 2010).

Verhaltensbeobachtungen im natürlichen Umfeld

Diese Art der Beobachtung im natürlichen Umfeld, kann von den direkten Bezugspersonen durchgeführt werden. Da eine natürliche Situation vorhanden ist, können Verzerrungen durch die Anwesenheit eines unnatürlichen Beobachters ausgeschlossen werden. Da der Beobachter jedoch in solchen Situationen auch aktiv vorgehen muss, sollte die Verhaltensbeobachtung möglichst einfach gestaltet sein. Die Phase dieser Beobachtung, kann bereits ein Teil der therapeutischen Intervention darstellen. Die Bezugspersonen fokussieren ihre Wahrnehmung konkret auf das Problemverhalten des Kindes und nehmen es genauer wahr. Zuvor angenommen Intensitäten oder Häufigkeiten von Verhaltensweisen werden nun verminderter und der Realität entsprechend empfunden (Döpfner, 2010).

6.2.3. Fragebögen und Beurteilungsskalen

Die Daten aus der Erhebung durch Fragebögen und Beurteilungsskalen, werden als zusätzliche wichtige Quelle der Diagnostik angesehen. Es besteht mit deren Verwendung, die Möglichkeit verschiedene Perspektiven wie beispielsweise die der Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen oder auch des/der Patienten/Patientin in Betracht zu ziehen. Da auch in der diagnostischen Erfassung des DSM IV, sowie auch im ICD10 eine Verhaltensauffälligkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen verzeichnet werden muss, dient die Weitergabe der Beurteilungen an möglichst viele Lebenswelten des Kindes, einer deutlichen Diagnose. Während des Erhebungsprozesses können unterschiedliche Verfahren eingesetzt werden. Es besteht eine Unterscheidung zwischen Fragebögen, die sich auf die ADHS-Kernsymptomatiken beziehen sowie auch Erhebungsmöglichkeiten, die ein weiteres Spektrum erfassen. Da jedoch im Zuge einer ADHS häufig weitere Störungen vorliegen, sollte auf eine umfangreichere Erhebung zurückgegriffen werden (Görtz-Dorten, Döpfner und Rösler, 2010).

Instrumente für das Kindes- und Jugendalter

Es besteht eine Reihe an Verfahren zur Ermittlung einer hyperkinetischen Störung mittels Fragebögen und Beurteilungsskalen. Im Folgenden, soll jedoch aufgrund der Relevanz für die Arbeit nur auf den Bereich des Kindes- und Jugendalters eingegangen werden.

Breitbandverfahren

- Das Explorationsschema für psychische Störungen im Kindes und Jugendalter (EPSKI) besteht aus vierzehn Bereichen. In diesen werden der Vorstellungsanlass, Erwartungen der Eltern und eine Beschreibung der psychischen Auffälligkeiten dokumentiert. Des Weiteren werden auch Interessen, Entwicklungsstand und schulische Leistungen erfasst. Auch der soziale Hintergrund wird dokumentiert (Görtz-Dorten et al., 2010).

- Zur klinischen Beurteilung einzelner Symptome, kann das CASCAP-D herangezogen werden. Mit Hilfe eines halbstrukturierten Interviews mit dem/der Patienten/Patientin und seinen/ihren Angehörigen, sowie auch zusätzlichen Beobachtungen können 98 Einzelsymptome in 12 Merkmalsbereiche eingeordnet werden (Görtz-Dorten et al., 2010).
- Als ein wichtiger Fragebogen zur Erfassung einer hyperkinetischen Störung bei Kindern und Jugendlichen, wird der CBCL/4-18 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998a) herangezogen. Erziehungsberechtigte sollen sowohl Kompetenzen im Aktivitätsbereich als auch im Sozial- sowie Schulbereich feststellen. Andererseits stehen acht Problemskalen zur Verfügung, in der sich Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Ängste, Depression und dergleichen einordnen lassen (Knölker, 2001).
- Gleichzeitig wurde auch ein LehrerInnenfragebogen entwickelt, der sich dem Verhalten von Kindern und Jugendlichen widmen sollte (TRF) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b). Im Gegensatz zum CBCL/4-18 gibt es keine Kompetenzskalen. Die Problemskala ist wie auch im Elternfragebogen aufgebaut (Görtz-Dorten et al., 2010).

Störungsspezifische Verfahren

Es gibt eine Reihe an Beurteilungs- und Fragebögen, die sich mit der Erfassung der Symptomatik einer hyperkinetischen Störung auseinandersetzt. Die folgenden Beschreibungen, sollen einen minimalen Einblick über die Vielfältigkeit dieser Beurteilungsschemata geben.

- Zur Erfassung der reinen Aufmerksamkeitsstörung und einer eventuellen Hyperaktivitätsstörung bietet sich der Fremdbeurteilungsbogen (FBB-ADHS) an. Dieser wendet sich sowohl an Eltern als auch ErzieherInnen und LehrerInnen, die das Verhalten eines Kindes im Alter zwischen vier und sieben Jahren beurteilen möchten (Görtz-Dorten, et al., 2010).

- Neben den relativ offenen Fragebögen zur Erfassung der ADHS, gibt es auch konkrete Beurteilungsschemata für spezifische Situationen. Unter anderem existiert ein Fragebogen über Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben (FVH). Sie besteht aus einer Skala, die Auskunft über die Problemhäufigkeit wiedergibt (Görtz-Dorten et al., 2010).
- Des Weiteren existiert ein Fragebogen, der sowohl in einer Elternversion als auch in einer LehrerInnenversion vorhanden ist. Der Fragebogen nach Conners, bietet die Möglichkeit verschiedene Verhaltensweisen des Kindes zu erfragen und in seiner Ausprägung zu beurteilen. Ein Wert über fünfzehn, wird als auffällig gewertet (Schäfer, 1998).
- Neben der typischen ADHS-Symptomatik, können auch oppositionelle und aggressive Störungen mittels eines Fragebogens ermittelt werden. Ein Beispiel dafür ist der EF-HOV (Explorationsfragebogen für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensstörungen). Dieser kann für Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis siebzehn Jahren angewandt werden. Die Beantwortung der Fragen erfolgt durch das Elternurteil (Görtz-Dorten et al., 2010).

6.2.4. Psychologische Tests

Eine psychometrische Untersuchung darf nicht als alleiniges Diagnosekriterium angesehen werden. Vielmehr sollten diese Ergebnisse kritisch und mit Bedacht betrachtet werden. Oftmals liegen die Werte bei Kindern, mit dem Verdacht einer hyperkinetischen Störung, bei den Tests im Normalbereich. In einer stark strukturierten Testsituation, die eine hohe Motivation hervorruft, können die Ergebnisse verzerrt werden. Die psychometrischen Tests, haben das Ziel Minderleistungen, in neuropsychologischen Funktionsbereichen wie zum Beispiel Arbeitsgedächtnis, Inhibition/Impulskontrolle, Kontrolle Interferenz/Konflikt, Daueraufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und weiterer exekutive Fähigkeiten aufzudecken. Die Berechtigung dieses Testverfahrens liegt daher in seiner Offenlegung der Stärken und Schwächen des Kindes (Drechsler, 2010).

Die folgenden Ziele können laut Drechsler (2010) im Rahmen einer testpsychologischen Diagnostik bearbeitet werden:

- Kognitive Leistungsfähigkeit im Rahmen der therapieorientierten Diagnosestellung.
- Ermittlung des Leistungsprofils im Zusammenhang, mit eventuellen Differentialdiagnosen (z.B. Lernstörungen).
- Abklärung des Leistungsprofils bei Schulschwierigkeiten.
- Erfassung der Wirksamkeit von verabreichten Medikamenten.
- Erhebung von eventuell vorhandenen komorbiden Leistungsstörungen (z.B. Lese-Rechtschreib-Schwäche).

Bevor jedoch mit einer psychometrischen Untersuchung begonnen wird, sollte die leitende Hypothese ermittelt werden. Daraus leitet sich das zu wählende Testverfahren ab (Drechsler, 2010).

Intelligenzdiagnostik

Zu den anderen spezifischen Verfahren ist zuvor noch die Intelligenzdiagnostik anzuführen. Es sollen Untersuchungen über das intellektuelle Leistungsvermögen des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen erhoben werden. Ins Besondere können mittels dieser Ergebnisse Verhaltensauffälligkeiten aufgrund schulischer Unter- oder Überforderung ausgeschlossen werden. Außerdem können komorbide Störungen, die mit der hyperkinetischen Störung auftreten können, ermittelt werden (Knölker, 2001).

Tests zur Erfassung der Aufmerksamkeit

Zur Erhebung der Aufmerksamkeitsfunktion bieten sich sowohl computergestützte als auch Papier-Bleistift-Verfahren an. Sie versuchen unterschiedliche Aspekte der Aufmerksamkeit (Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanungsw.) zu erfassen und abzubilden. Die neuropsychologische Diagnostik kann dabei als umstritten angesehen werden. Sie stellt lediglich einen Teilbereich des diagnostischen

Verfahrens dar und darf nicht alleinig als Kriterium für eine Beurteilung herangezogen werden (Knölker, 2001).

Continuous Performance Test (CPT)

Im Rahmen dieses Tests soll die Fähigkeit zur Daueraufmerksamkeit ermittelt werden. Der Proband hat die Aufgabe mittels eines Tastendruckes auf einen Reiz zu reagieren. Das Durchhaltevermögen aber auch die selektive Aufmerksamkeit wird dabei gemessen. Andererseits bietet der Test auch Aufzeichnungen über die Impulsivität des Probanden bei negativen Reaktionen. Dieses Testverfahren, gilt jedoch als umstritten, da es als unspezifisch betrachtet wird (Knölker, 2001).

Dortmunder Aufmerksamkeitstest (DAT) (Lauth, 1993, zitiert nach Knölker, 2001)

Diese Art des Testverfahrens, wurde speziell für Kinder im Grundschulalter entwickelt. In der visuellen Suchaufgabe, gilt es immer zwei gleiche Bilder aus insgesamt sieben Bildern herauszufiltern und zu erkennen (Knölker, 2001).

Selbstregulations- und Konzentrationstest für Kinder (SRKT-K, Kuhl, Kraska, 1992 zitiert nach Knölker, 2001)

In dieser computergestützten Aufgabe für Kinder im Grundschulalter müssen Aufgaben gelöst werden, die jedoch gleichzeitig von einem/einer AblenkerIn begleitet werden. Diese Art eines Aufmerksamkeitstestes ist äußerst komplex. Die Messungen des Arbeitstempos wie auch deren Schwankung dienen zur Erfassung von eventuellen Selbstregulationsdefiziten.

6.2.5. Körperliche Untersuchungen

Um organische Erkrankungen bei der Diagnose ausschließen zu können, sollten internistische und neurologische Untersuchungen durchgeführt werden. Da es eine Reihe an Erkrankungen gibt, die einer ADHS-Symptomatik ähneln können, oder auch komorbide Störungen ermittelt werden sollen, werden diese medizinischen Untersuchungen empfohlen (Knölker, 2001).

Folgende Aspekte werden nach Rothenberger (2010) genauer untersucht:

- Anzeichen für körperliche Störungen, die mit großer Wahrscheinlichkeit das zentrale beziehungsweise das periphere Nervensystem betrifft. In besonderer Weise wird auf abnorme neurologische Anzeichen wie dysmorphe Merkmale, Hautstigmata bei neurokutanen Syndromen, die Motorik und Mimik geachtet.
- Des Weiteren sollen Erkenntnisse über eventuelle Vernachlässigung gewonnen werden.
- Ebenso sind andere körperliche Merkmale von großer Bedeutung.

Viele solcher Erkenntnisse können bereits ohne eine medizinische Untersuchung, sondern in Auseinandersetzung mit dem Kind während Gesprächen und Spielsituationen wahrgenommen werden. Dazu zählen beispielsweise Koordinationsstörungen, Vermeidung von Blickkontakt, Sinnesstörungen usw. (Rothenberger, 2010).

Obligatorische körperliche Untersuchung

Jedes Kind sollte vor einer Diagnoseerstellung körperlich untersucht werden. Häufig lässt sich dies aufgrund von Zeitmangel nicht durchführen. Werden bei einer Anamnese folgenden Erhebungen gemacht, so ist eine medizinische Untersuchung laut Rothenberger (2010) unumgänglich.

- Es bestehen zerebrale Anfälle und regressives Verhalten. Es werden plötzlich auftretende Sprach-, Bewegungs-, Gefühls- und Denkstörungen beobachtet.
- Es liegen Entwicklungsstörungen oder eine geistige Behinderung vor.
- Der Gang ist auffällig und liefert Hinweise auf eine weitere orthopädische Begutachtung.
- Es können nicht beide Hände gleichzeitig benutzt werden. Dies deutet auf neurologische Koordinationsprobleme hin.

- Das Kind ist deutlich unter- beziehungsweise überernährt (Rothenberger, 2010).

Neurologische Untersuchung

Um ein medizinisches Gesamtbild für die Diagnose zu erhalten, sollte jedes Kind auch neurologisch untersucht werden. Folgende Tests liefern nach Rothenberger (2010) einen Überblick über die neurologische Situation des Kindes.

- Erhebung des Kopfumfanges, Körpergröße, Gewicht, Blutdruck, Herzschlagrate. Sowie die folgenden Sinne: Hören, Sehen, Riechen und Fühlen.
- Genaue Beobachtung der Fortbewegung beim Gehen, Rennen und Springen.
- Erhebung der Bewegungen der Augen, sowie der Zunge und des Gesichts.
- Überprüfung der Muskelkraft bei einem Widerstand.
- Überprüfung der Koordinationsfähigkeit.

Begleitende Störungen

Bevor eine endgültige Diagnose erstellt wird, sollten mögliche Begleitstörungen erfasst beziehungsweise ausgeschlossen werden (Rothenberger, 2010):

- Tic-Störungen: Hier sollten vor allem Differenzierungen zwischen den Aktivitäts- und Bewegungsabläufen erhoben werden, da sich diese ähneln können.
- Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen: Auch hier treten Ähnlichkeiten auf, die erst durch genaue Beobachtungen und Erhebungen festgestellt werden können.
- Entwicklungs Koordinationsstörung.
- Epilepsie: Unterschiedliche Arten der Epilepsie müssen durch eine spezielle Anamnese sowie Laboruntersuchungen ausgeschlossen werden.
- Genetische Syndrome: Bei unterschiedlichen genetischen Syndromen wird häufig eine ADHS assoziiert.

6.2.6. Laboruntersuchungen

Im Wesentlichen lässt sich eine Diagnostik zur ADHS über gezielte Verhaltensbeobachtung erstellen. In Laboruntersuchungen ließ sich jedoch feststellen, dass Kinder mit ADHS einen deutlich höheren Anteil an Theta-Wellen im Standard EEG aufweisen (Rothenberger, 2010).

7. Ursachen

In der Literatur kann man eine Fülle von unterschiedlichen Erklärungsansätzen zur Thematik Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung entdecken. Entgegen der zahlreichen Studien war es bis heute noch nicht möglich, einen zentralen Faktor, der für die Entstehung der Störung verantwortlich ist, nachzuweisen (Steinhausen, 2000a).

In den letzten Jahren hat das multifaktorielle Bedingungsgefüge immer mehr an Bedeutung gewonnen. Döpfner (2002) gibt an, dass die Resultate der letzten Jahre zeigen, dass biologische und konstitutionelle Merkmale eine bedeutende Rolle bei der Genese der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung spielen und psychosoziale Faktoren den Verlauf der Störung stark beeinflussen können.

Ebenso sieht Sandberg (1996) die Störung als Ausdruck einer vielfältigen Wechselbeziehung von sozialen, psychologischen und biologischen Aspekten. Das heißt, nicht ein einzelner Faktor allein, sondern eine Ansammlung verschiedener Faktoren ist für die Entstehung eines hyperaktiven Reaktionsmusters verantwortlich.

Diese Erkenntnisse sind beim Umgang mit Kindern mit ADHS und beim Zusammenstellen einer ganzheitlichen Therapie von Bedeutung. Im Kapitel „Therapeutische Interventionsmöglichkeiten“ wird darauf noch genauer eingegangen.

7.1. Biologische Faktoren

Viele Theorien beschäftigen sich mit biologischen Faktoren, die zur Entstehung der Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung beitragen. Zu den

biologischen Faktoren, die in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden, zählen unter anderem neurologische Störungen, neurochemische Störungen, Störungen des Immunsystems und genetische Einflüsse.

7.1.1. Neurologische Störungen

Seit vielen Jahrzehnten nehmen Wissenschaftler an, dass ADHS mit einer Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems oder einer Hirnverletzung in Zusammenhang steht. Die Störung ist demnach eine Folge einer nicht optimal verlaufenen Schwangerschaft oder einer Schädigung während des Geburtsvorgangs (Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996). Die Mehrheit der betroffenen Kinder zeigt allerdings keine klassischen neurologischen Zeichen einer Hirnschädigung. Ebenso zeigt sich bei Kindern mit neurologischen Krankheiten oder einer Hirnschädigung auch keine besondere Häufung von Hyperaktivität. Hierbei zeigt sich eher ein erhöhtes Risiko für Verhaltensstörungen. Aufgrund dessen hat die Annahme, dass Hyperaktivität ein Zeichen minimaler zerebraler Dysfunktion sei, an Bedeutung verloren. Laut Esser und Schmidt (1987) ist die Diagnose „minimale zerebrale Dysfunktion“ selbst als viel zu unspezifisch kritisiert worden.

Steinhausen (2000a) geht davon aus, dass nur bei einem Teil der Betroffenen das hyperkinetische Syndrom durch eine minimale zerebrale Dysfunktion bedingt ist. Dadurch ist dieser Begriff nicht als Synonym für die Hyperaktivitätsstörung anzusehen.

7.1.2. Neurochemische Faktoren

Etliche Studien stellen bei Kindern mit ADHS Auffälligkeiten im Neurotransmitterhaushalt fest, jedoch sind die Ergebnisse nicht einheitlich. Offenbar ist nicht ein Neurotransmittersystem alleine gestört, sondern es handelt sich eher um ein Ungleichgewicht mehrerer Systeme (Döpfner et al., 2002). In den letzten Jahren rückte das dopaminerge System in den Mittelpunkt der Wissenschaft. Steinhausen (2000b) gibt in diesem Zusammenhang folgendes an:

„Störungen im Stoffwechsel der Botenträgerstoffe, welche die Erregung der Nervenzellen und damit die Informationsvermittlung regulieren, sind sehr

wahrscheinlich an der Verursachung der HKS beteiligt. Dies gilt sicher für eine Unterfunktion von Dopamin. Bedeutsam beteiligt ist ferner auch ein weiterer Übertragungs- und Botenstoff, das Noradrenalin, wobei über die Richtung seiner Aktivität (Über- oder Unterfunktion) in der Wissenschaft keine einheitliche Meinung vorherrscht.“ (S. 155)

Andere Studien kamen zu dem Schluss, dass bei Kindern mit ADHS zwar keine strukturelle Schädigung des Gehirns vorliegt, aber eine verminderte cerebrale Durchblutung des Frontalhirns. Infolgedessen wird vermutet, dass die zerebrale Aktivität bei hyperaktiven Kindern in diesen Regionen vermindert ist.

7.1.3. Störungen des Immunsystems

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass neben den hyperkinetischen Symptomen vermehrt Allergien auftreten. Die meisten Beschwerden sind Reaktionen auf Nahrungsmittel, Pollen, Staub und Lösungsmittel. In einer Studie verglichen Blank & Remschmidt (1992, zitiert nach Döpfner, 2002) verschiedene Gruppen von Kindern mit ADHS. Sie kamen zu dem Resultat, dass besonders jene Kinder, die dissoziale und hyperkinetische Verhaltensweisen aufweisen, eine erhöhte allergische Belastung zeigen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass kein eindeutiger Wirkungsmechanismus bekannt ist, über den Nahrungsmittel bzw. Nahrungsmittelzusätze eine Störung hervorrufen oder steigern.

Insgesamt, so Döpfner et al. (2000b) besteht nur ein geringer Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und Allergien, so dass nur ein kleiner Teil von den Betroffenen von diätischen Maßnahmen profitiert. Auch die Annahme, dass eine allergische Reaktion auf Phosphat- oder Zuckerbestandteile der Nahrung eine ADHS auslösen könne, ließ sich bis jetzt in empirischen Studien noch nicht ausführlich beweisen (Döpfner et al., 2000b, zitiert nach Preis, 2000).

7.1.4. Genetische Faktoren

Bei einer Vielzahl von Untersuchungen kam man zu dem Ergebnis, dass genetische Einflüsse der wichtigste Einzelfaktor im Rahmen der multifaktoriellen Verursachung

der Störung darstellt. Studien zeigen, dass 56 bis 98 % der Symptome auf genetische Faktoren zurückzuführen sind (Döpfner et al., 2002).

Trott (1993) weist darauf hin, dass Eltern mit ADHS vermehrt Kinder mit dem gleichen Syndrom haben. Für das ADHS-Kind ist es von großer Bedeutung, dass sich sowohl das Elternteil, das die gleiche Störung aufweist, als auch die ganze Familie mit der Thematik ADHS beschäftigt, um das betroffenen Kind ganzheitlich unterstützen zu können.

Barkley (2002) gibt an, dass die Vererbbarkeit von ADHS bei Burschen ausgeprägter ist als bei Mädchen. Die Gefährdung eine ADHS zu entwickeln liegt für Mädchen bei 13 bis 17 % und bei Burschen bei 27 bis 35 %, wenn ein Geschwisterkind, unabhängig von dessen Geschlecht, an einer Hyperaktivität leidet. Bis jetzt ist noch immer unklar, warum innerhalb einer Familie bei Burschen ein höheres Risiko besteht an ADHS zu erkranken, als bei Mädchen.

Studien weisen zudem darauf hin, dass erbliche Einflüsse vermutlich die Störungen der Hirnfunktion auslösen. Genetische Studien haben außerdem eine Beeinträchtigung auf einzelne Gene ergeben, welche den Stoffwechsel von Dopamin beeinflussen (Döpfner et al., 2002; Steinhausen, 2000a).

7.2. Psychosoziale Faktoren

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Erforschung der Ursachen von ADHS vorwiegend auf biologische Faktoren fokussiert. Es konnte gezeigt werden, dass genetische Faktoren den größten Einzelfaktor bei der Genese von ADHS darstellen (Steinhausen et al., 2010).

Das Auftreten einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung korreliert stark mit ungünstigen familiären und sozialen Bedingungen. Dies bewiesen Studien von Taylor, in denen festgestellt wurde, dass es eine Vielzahl an Hinweisen dafür gibt, dass hyperaktives Verhalten auch mit ungünstigen sozialen Bedingungen in der Familie zusammenhängt (Klicpera & Gasteiger Klicpera, 1996, zitiert nach Taylor, 1986).

Barkley et al. (1993) meinen mit ungünstigen familiären Bedingungen, unter anderem, überbelegte Wohnungen, psychische Störungen der Mutter oder eine

unvollständige Familie. Allerdings treffen diese Bedingungen eher bei dissozialen und aggressiven Verhaltensauffälligkeiten auf (Taylor et al., 1986).

Ein bedeutender Faktor für eine ADHS-Prognose sind häufiger Streit und Unstimmigkeiten innerhalb der Familie.

Alles in allem weist die Forschung jedoch eher darauf hin, dass die psychosozialen Faktoren bei der Entstehung eine begrenzte Rolle spielen (Döpfner et al., 2002). Zahlreiche Studien belegen allerdings, dass die Eltern-Kind-Beziehung die weitere Entwicklung des ADHS-Kindes entscheidend beeinflussen kann. Des Weiteren beschreiben Döpfner et al. (2002), dass eine negative Eltern-Kind-Interaktion das Risiko einer Chronifizierung der Störung, sowie das Risiko, dass sich zusätzliche Verhaltensstörungen entwickeln, steigert.

Steinhausen (2010) teilt mit, dass Mütter von ADHS-Kindern häufiger Aufforderungen an diese stellen, sich häufiger in negativer Weise äußern und sich weniger empfänglich gegenüber ihren Kindern verhalten (Cunningham & Barkley, 1979; Mash & Johnston, 1982). Dass von Barkley (1981) entwickelte Interaktionsmodell führt Hinweise an, wie sich Verhaltensauffälligkeiten bei ADHS-Kindern durch Eltern-Kind-Interaktionen verschlechtern können. Auf dieses Modell wird hier nicht näher eingegangen, da es im Unterkapitel 9.5.1. „Tipps für die Eltern“ ausführlich beschrieben wird.

Neben einer negativen Eltern-Kind-Interaktion spielen außerdem sozioökonomische Faktoren bei der Genese von ADHS eine Rolle. In einigen Studien konnte festgestellt werden, dass die Hyperaktivitätsstörung in Familien mit geringeren sozioökonomischen Status gehäuft vorkommt. So fanden Biederman und MitarbeiterInnen (2002) heraus, dass ungünstige familiäre Bedingungen, geringer sozioökonomischer Status, psychische Auffälligkeiten der Mutter, sowie familiäre Konflikte, das Risiko für ADHS erhöhen (Steinhausen et al., 2010).

Eine geringe Anzahl von internationale Studien fand jedoch keinen Zusammenhang von ADHS und Sozialschicht (z.B. Taylor et al., 1986).

Zudem konnte durch eine Studie von Pressman et al. (2006) festgestellt werden, dass sich Eltern von Kindern mit ADHS im Vergleich zu anderen Familien, als konfliktreicher, weniger leistungsfähig und schlechter organisiert einschätzen. Jedoch

konnte nicht geklärt werden, ob ADHS zur familiären Belastung oder die familiäre Belastung zu ADHS führt (Steinhausen et al., 2010).

Steinhausen et al. (2010) nennen hierbei die Bedeutsamkeit von therapeutischen Interventionen, denn diese zeigen sehr klar, dass durch Elterntrainings und durch Interventionen in der Schule ADHS-Symptome vermindert werden können.

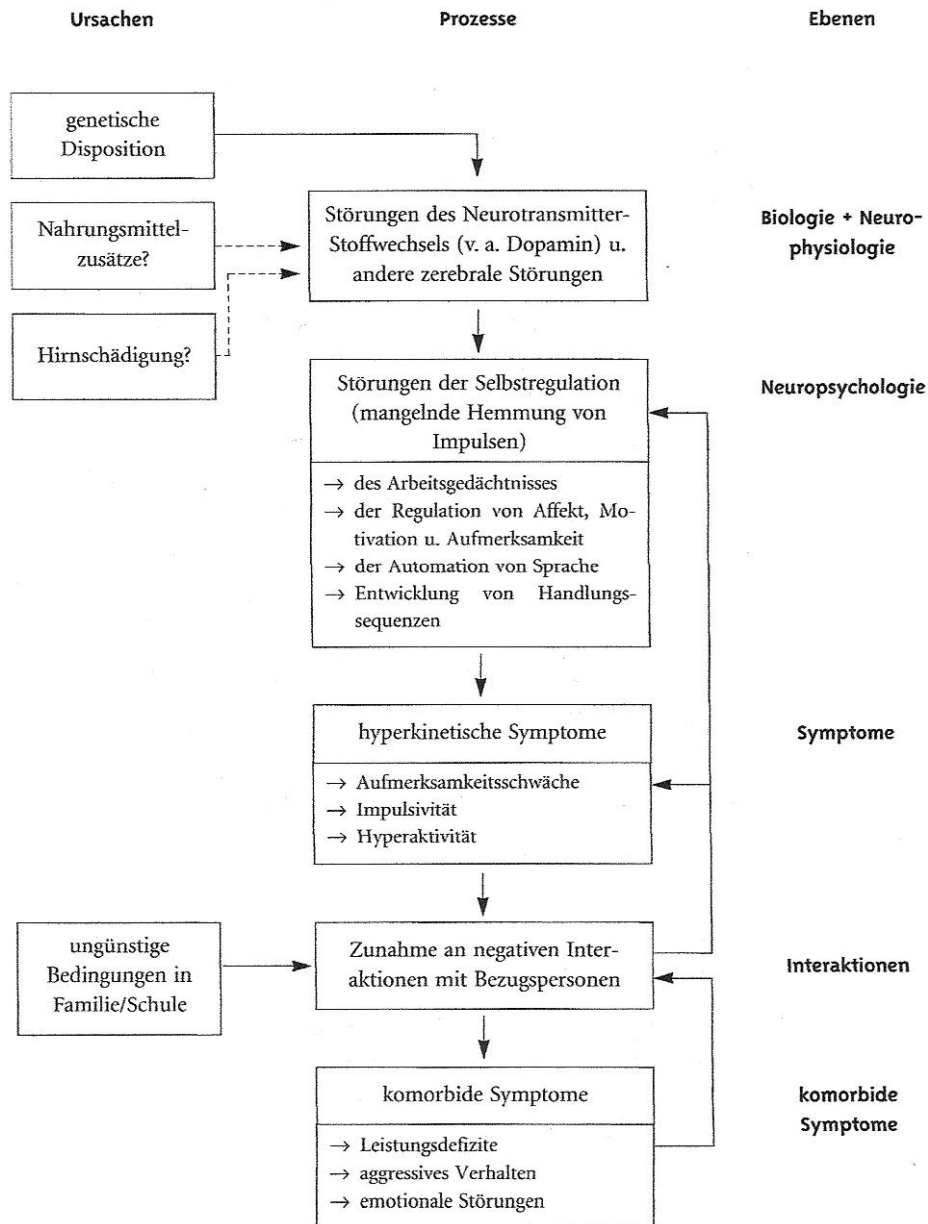
Steinhausen et al. (2010) nennt im Zusammenhang der psychosozialen Faktoren auf die Störung auch den Einfluss des Fernsehkonsums. Es wird vermutet, dass exzessives Fernsehen bei Kindern zu Konzentrations- und Ausdauerschwächen führt. Dabei wurde bis jetzt lediglich das Betrachten aggressiver Fernsehinhalte auf das Verhalten von Kindern untersucht, während der Einfluss von Medien auf ADHS-Symptome bislang nur wenig erforscht wurde. Christakis et al. (2004) stellten in deren Studie fest, dass das Risiko der Entwicklung von Unaufmerksamkeitssymptome bei Kindern, die im Alter von ein bis drei Jahren täglich mindestens drei Stunden fernsehen, um 30 % steigt.

Braun et al. (2000b) zeigten am Tiermodell in deren Studien, dass der durch Trennung verursachte Stress in der Kindheit Verhaltensweisen auslöst, die ADHS-Symptomen beim Menschen ähneln. Diese Änderungen in den Verhaltensweisen gingen mit neuronalen Veränderungen in Regionen einher, die für ADHS beim Menschen relevant sind. Hinzu konnte erforscht werden, dass diese neuronalen Veränderungen und die Verhaltensänderungen durch die medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat reversibel sind. Daraus kann man schließen, dass psychosoziale Ereignisse neuronale Veränderungen auslösen, welche wiederum, in diesem Fall durch pharmakologische Maßnahmen, rückgängig gemacht werden können.

In der folgenden Abbildung wird ein Modell zur Entstehung hyperkinetischer Störung nach Barkley (1989) dargestellt. Dieses Modell präsentiert weitgehend gesicherte Befunde zu den ätiologischen Faktoren von hyperkinetischen Störungen (Döpfner et al., 2002). Demnach sind die primären Ursachen dieser Störung genetisch bedingt, die eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels, ins Besondere des Dopamin-Stoffwechsels, veranlassen. In Frage gestellt werden hierbei die Bedeutung anderer Faktoren, wie beispielsweise allergische Reaktionen auf Nahrungsmittelzusätze oder erworbene Hirnschädigungen. Störungen der Selbstregulation in verschiedenen

Funktionsbereichen lassen sich auf der neuropsychologischen Ebene erkennen. Diese Störungen verursachen Symptome wie Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Aufgrund dessen vergrößern sich die negativen Interaktionen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen, zu denen neben den Eltern auch Lehrpersonen, Geschwister und Gleichaltrige gehören. Zusätzlich unterstützen die erschwerten Bedingungen in Familie und Schule, wie beispielsweise psychische Belastungen der Bezugspersonen, inkompetentes Erziehungsverhalten, zu große Klassen, die ungünstigen Interaktionen. Negative Interaktionen führen wiederum zu einer erhöhten Zunahme der hyperkinetischen Symptome und der Störungen im Selbstregulationsprozess und unterstützen außerdem die Entwicklung weitere verhaltensauffälliger Symptome (Döpfner et al., 2002).

Tabelle 3: Modell zur Entstehung hyperkinetischer Störung nach Barkley



(Döpfner et al., 2002, 31, zitiert nach Barkley, 1989)

Abschließend kann anhand dieser empirischen Studien gesagt werden, dass psychosoziale Faktoren wahrscheinlich nicht einen Hauptfaktor für die Entwicklung von ADHS darstellen, wohl aber den Verlauf und die Stärke der ADHS-Symptomatik beträchtlich beeinflussen können (Steinhausen et al., 2010).

8. Das Kind mit ADHS in der Schule

8.1. ADHS-Symptomatik in der Schule

Kapitel 3 stellte die Symptome der ADHS-Kinder dar. Im vorliegenden Abschnitt wird beschrieben, wie sich diese Erscheinungsmerkmale im schulischen Verhalten manifestieren und ausdrücken.

Hoberg (2007) hat die spezifischen Symptome der drei Leitkriterien Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und motorische Überaktivität (Hyperaktivität), wie bereits in Kapitel drei beschrieben, durch spezielle Verhaltenspendants im Unterrichtsalltag ergänzt. Die Tabellen sollen die spezifischen Verhaltensauffälligkeiten der ADHS-Kinder im Unterricht darlegen:

Tabelle 4: Aufmerksamkeitsstörung in der Schule

im Allgemeinen	besonders in der Schule
Der Schüler	
• achtet nicht auf Einzelheiten • macht Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten	• übersieht einen wichtigen Nachsatz in der Arbeitsanweisung • addiert weiter, obwohl in der nächsten Aufgabe subtrahiert werden muss • macht viele Fehler beim Abschreiben oder in Diktaten, die sogar an eine Lese-Rechtschreib-Schwäche denken lassen • lässt ganze Absätze oder Aufgaben aus
• hat Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten	• starrt tatenlos auf sein Blatt oder in der Gegend umher (gut beobachtbar während Stillarbeitsphase oder in Klassenarbeiten) • unterbricht ständig die ihm gestellten Aufgaben • verliert leicht den Überblick • ist am Platz mit anderen Dingen beschäftigt • hält nicht durch

	• lenkt sich und andere ab
• scheint nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen	• nimmt gesprochene Worte einfach wahr (selbst den eigenen Namen nicht) • ist unempfänglich für Erklärungen • wirkt tagträumend
• führt Aufträge anderer nicht vollständig durch und kann Arbeiten oder Pflichten nicht zu Ende bringen	• beginnt seine Arbeit oftmals erst gar nicht zeitnah • friert die Tätigkeit sofort ein, wenn die Lehrkraft nicht mehr daneben steht • bleibt nicht fortfolgend dran • ist auffallend langsam und schafft zumutbare Mengen an Arbeit nicht • braucht mehr Zeit als vorgesehen
• hat Schwierigkeiten, seine Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	• kann nur schwer Abläufe strukturieren (z.B. Aus- und Anziehen zur Sportstunde, Wochenplan, Stationen arbeiten) • hat Chaos im Ranzen und auf dem Schreibtisch • sucht ständig seine Sachen • holt die falschen Materialien heraus
• vermeidet schwierige Aufgaben, besonders wenn sie eine länger andauernde geistige Anstrengung erfordern	• wehrt sich vehement gegen schriftliche Arbeiten, Kopfrechnen und Hausaufgaben • sucht sich derartige Aufgaben garantiert auch nicht selbst • ermüdet bei geistigen Anstrengungen sehr viel schneller als seine Klassenkameraden
• verliert Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben und Aktivitäten benötigt werden	• verliert Arbeitsmittel auf unerklärliche Weise • verliert auch von ihm geliebte Dinge • lässt Brotdosen und Sportzeug entweder zu Hause oder in der Schule liegen
• lässt sich oft durch äußere Reize ablenken	• wird von Nebengeräuschen abgelenkt • bleibt mit den Augen an Nebensächlichkeiten hängen • findet nur schwer zur jeweiligen Tätigkeit zurück, weiß nicht, wo er dran ist

	• kann somit nicht kontinuierlich arbeiten
• ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich	• vergisst an sich wohl bekannte Abläufe • vergisst Informationen im gleichen Augenblick • vergisst, wo er seine Dinge ablegen soll, und dementsprechend auch, wie er sie wiederfinden kann • vergisst, für die Schule erforderliche Dinge mitzubringen (Geld für die Klassenkasse)

(Hoberg, 2007, 21f.)

Tabelle 5: Motorische Überaktivität in der Schule

im Allgemeinen	besonders in der Schule
Der Schüler	
• zappelt mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum	• wippt mit Fuß oder Bein und widmet sich unendlich auf dem Stuhl, ohne jemals die richtige Position zu finden • wedelt andauernd mit dem Bleistift • sitzt schräg oder falsch herum auf seinem Stuhl • fällt mit dem Stuhl um
• steht in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	• verlässt tatsächlich seinen Platz • hebt einen Bleistift auf, wirft etwas in den Papierkorb oder sucht einen Mitschüler auf, um mit ihm zu reden • springt im Sportunterricht von der Wartebank auf
• läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist	• läuft ständig Ermahnung nicht lange ruhig sitzen bleiben (auch wenn er eigentlich gerne gehorchen möchte) • klettert auf Dinge, die verboten sind • bringt sich durch Klettereien in Gefahr
• handelt „wie getrieben“, zeigt ein anhaltendes Muster motorischer Aktivität, das durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist	• kann nach Ermahnung nicht lange ruhig sitzen bleiben (auch wenn er eigentlich gerne gehorchen möchte) • zeigt eine körperliche Spannung und

	deutliche Ruhelosigkeit
• hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen, oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen	• spielt alle Spiele laut • ist immer überall herauszuhören • summt, singt und schnalzt während des Unterrichts • macht andere Geräusche während der Erledigung von Arbeitsblättern • trommelt kontinuierlich mit dem Stift

(Hoberg, 2007, 23)

Tabelle 6: Impulsivität in der Schule

im Allgemeinen	besonders in der Schule
Der Schüler	
• platzt mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist	• kann nicht aufzeigen und warten, bis er dran ist • muss die Lösung immer sofort reinrufen • macht unangemessene Zwischenkommentare • beginnt die Bearbeitung von Aufgaben, ohne zu überlegen oder zu wissen, was er eigentlich tun soll
• kann nur schwer warten, bis er an der Reihe ist	• möchte immer sofort dran sein • drängelt sich vor, im Spiel, im Sportunterricht, beim Verteilen angenehmer Dinge • erwartet, dass man seinen Forderungen immer sofort entspricht
• unterbricht oder stört andere	• platzt in die Unterhaltungen, Beschäftigungen und Spiele anderer hinein • macht ständig unpassende Kommentare über andere, auch wenn er nicht gefragt ist • kann keine Bedürfnisse aufschieben
• redet übermäßig viel, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu	• redet ohne Punkt und Komma • kommt vom Hölzchen aufs Stöckchen

reagieren	• stellt ständig irgendwelche Fragen, die er an sich gar nicht beantworten haben will • muss rigoros unterbrochen werden, um überhaupt aufhören zu können • hat so etwas wie Sprechdurchfall
-----------	--

(Hoberg, 2007, 25)

Auch Braun (2000a) beschäftigt sich mit den Verhaltensauffälligkeiten der ADHS-Kinder in der Schule. LehrerInnen beschreiben ein Kind mit ADHS meist in einem Wort, nämlich als „Störenfried“. Braun nennt einige Verhaltensweisen, die Kinder mit ADHS im Unterricht aufweisen (vgl. dazu Hoberg, 2007).

Im Gegensatz zu Hoberg (2007) beschreibt Braun (2000a) auch außerhalb des Unterrichts Verhaltensweisen von ADHS-Kindern. Er weist darauf hin, dass diese Kinder „verrückte“ Spielideen im Pausenhof haben, gerne angeben und lustig auffallen, da sie tollpatschig sind. Dieses Verhalten führt zwar zu einer gewissen Bewunderung und Akzeptanz gegenüber den anderen MitschülerInnen, gleichzeitig ruft es jedoch negative Reaktionen hervor, unter anderem Bloßstellung durch die LehrerInnen. Allerdings möchte sich das ADHS-Kind nicht so verhalten und fühlt sich mit diesem Verhalten auch alles andere als wohl, schafft es jedoch nicht davon auszubrechen.

Weiters fällt es Kindern mit ADHS schwer, eine längere Aufmerksamkeitsspanne zu halten. Aufgrund ihrer Reizfilterschwäche können sie nur kurze Zeit bei einer Sache bleiben und lassen sich von anderen Dingen, wie zum Beispiel das Schwätzen der MitschülerInnen, rasch ablenken. Die Problematik liegt hier darin, dass Kinder mit ADHS nicht im Stande sind, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Die Folgen der Unkonzentriertheit führen unter anderem zu geringem Durchhaltevermögen bei Aufgaben und zu visuellen, auditiven und taktilen Wahrnehmungsstörungen. Aus diesen Wahrnehmungsstörungen können sich wiederum verschiedenartige Lernprobleme, wie zum Beispiel Legasthenie, Dyskalkulie, Schulängste usw. entwickeln und die Schullaufbahn von Kindern mit ADHS gefährden (Braun, 2000a).

8.2. ADHS-Kinder in der Regelschule

Die meisten österreichischen Kinder mit ADHS besuchen eine Regelschule, da es außer dem Bildungszentrum Kiprax in Wien, keine auf ADHS abgestimmte Schule für diese Kinder gibt.

Braun (2000a, 35) führt an, dass Kinder mit ADHS eine starke Strukturierung brauchen. Diese wird zwar an Regelschulen gegeben, allerdings leiden Kinder mit ADHS unter folgenden Gegebenheiten in österreichischen Regelschulen:

- Zwang zu langem Sitzen und langer Konzentration.
- übervolle Klassen(räume) und straßenähnliche Sitzordnung.
- Leistungsdruck, wenig motivierender Frontalunterricht.
- Sparmaßnahmen (keine zusätzlichen Unterrichtshilfen), enge Schulregeln.

Die im nachfolgenden besprochenen Fördermöglichkeiten für Kinder mit ADHS in der Schule scheitern letztendlich meist an den drastisch gewordenen Sparmaßnahmen.

8.3. Pädagogische Maßnahmen

Im nachfolgenden Abschnitt werden pädagogische Fördermaßnahmen, die Lehrkräfte im Unterricht umsetzen sollten, um den Schulalltag des ADHS-Kindes zu erleichtern, dargestellt.

8.3.1. Lehrer-Schüler-Beziehung stärken

Die Lehrkraft übernimmt eine bedeutende Rolle für den/die ADHS-SchülerIn, da sie durch den täglichen Kontakt zu einer Bezugsperson wird (Farnkopf, 2007). Oftmals wissen die LehrerInnen nur sehr wenig über die Lebensumstände ihrer SchülerInnen. Dies ist jedoch erforderlich, um das Kind verstehen zu können. Voraussetzung für eine gut funktionierende Beziehung zwischen LehrerIn und SchülerIn ist ein prinzipielles Mögen, Interesse am Kind und seinem Lebensumfeld zeigen, wie auch ein ehrlich gemeintes Lob seitens der Lehrkraft vermitteln (Hoberg, 2007).

Farnkopf (2007) weist darauf hin, dass der Schüler es spürt, wenn die Lehrkraft eine Abneigung gegen das Kind verspürt. Deshalb ist es von großer Relevanz, dass die Lehrkraft, die ein hyperkinetisches Kind nicht mag, vorerst ihren eigenen Seelenhaushalt in Ordnung bringen muss, um herauszufinden, woher die Ablehnungsgefühle stammen, bevor sich die Lehrkraft positiv dem Kind gegenüber zuwenden kann. Um sich selbst analysieren zu können, wird die Methode der Selbstbeobachtung angewendet.

Farnkopf (2007) gibt folgende Umschreibung:

„Jeder sich selbst beobachtende Mensch kennt seine persönlichen Reaktionsmuster. Ich halte es – gerade für Pädagogen – für äußerst wichtig, sich dieser Muster bewusst zu sein und sich auf diesem Hintergrund einer objektiven Beobachtung des auffälligen Kindes zuzuwenden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass abwehrende Emotionen die wichtigen Beobachtungen und differenzierenden Beschreibungen des Lern- und Sozialverhaltens eines ADS-Kindes im Unterricht überlagern.“ (S. 61)

Das heißt, es ist nicht nur für PädagogInnen wichtig sich selbst zu beobachten, sondern auch das ADHS-Kind sollte beobachtet werden. Farnkopf (2007) kritisiert in diesem Kontext jedoch, dass die Verhaltensbeobachtung in der Ausbildung zum/zur Pädagogen/Pädagogin einen zu geringen Stellenwert hat und daher nicht ausreichend vermittelt werde, obwohl eine wertfreie Beobachtung die Voraussetzung jeder pädagogischen Maßnahme darstellen sollte. Solch eine Beobachtung ist eine herausfordernde, schwierige Aufgabe für PädagogInnen in unruhigen Klassen, die aber dringend notwendig für das seelische Wohlbefinden des Kindes ist und auf längere Sicht gesehen, für die Lehrkraft und die Klassengemeinschaft empfehlenswert ist. Eine sachliche Beobachtung bewirkt, das ADHS-Kind mit seinen positiven und negativen Eigenschaften als Persönlichkeit zu erkennen (Farnkopf, 2007).

ADHS-Kinder müssen sich doppelt so stark wie andere anstrengen, erreichen jedoch nur die Hälfte des Gewünschten und verstehen so oftmals die Welt nicht mehr. Gerade deshalb ist es von großer Bedeutung, dass die Lehrkraft positive

Rückmeldungen erteilt und sich für das seelische Wohlbefinden des Kindes interessiert (Farnkopf, 2007).

Ist es der Lehrkraft nicht möglich eine gute LehrerIn-SchülerIn-Beziehung herzustellen, werden methodisch-didaktische Maßnahmen meist irrelevant. Durch den schulischen Misserfolg, den AHDS-Kinder oft erleiden, leiden sie häufig an vermindertem Selbstwertgefühl. Gerade hier ist es erforderlich, dass die Lehrkraft durch ihr Beziehungsangebot dem schwachen Selbstbild des ADHS-Kindes Korrektur leistet. Die Lehrkraft wird für das ADHS-Kind zur Bedeutung, wenn sie eine freundliche, emphatische und gelassene Art besitzt. Merkt das Kind, dass es von der Lehrkraft verstanden und gemocht wird, erleben sie dies meist als große Ermutigung, die ihren zum Teil schon entwickelten Selbsthass reduzieren, denn das verstandene Kind arbeitet motivierter und bemüht sich um besseres Verhalten in der Schule. Dadurch verbessern sich die unangepassten Verhaltensauffälligkeiten des ADHS-Kindes und es profitiert mehr vom Unterricht. Erst wenn die LehrerIn-SchülerIn-Beziehung ausreichend gestärkt ist, gelingt es der Lehrkraft das Kind gezielt zu fördern und das Kind liefert die erwünschten Leistungen. Ein behutsames Miteinander ist die Voraussetzung für das schulische Lernen und für die Stärkung des Selbstwertgefühls des ADHS-Kindes (Farnkopf, 2007).

8.3.2. Fokussieren auf Stärken

Es ist sehr schwierig für die Lehrkraft, sich dem Kind mit seinem störenden, nervenaufreibenden Verhaltensauffälligkeiten, bedingungslos anzunehmen. Selbst den Eltern des ADHS-Kindes fällt dies oft nicht sehr leicht, umso schwieriger ist es für die Lehrkraft Akzeptanz und Empathie gegenüber dem/der SchülerIn mit ADHS zu vermitteln.

Hoberg (2007) beschreibt, dass es sich lohnt, sich von den anstrengenden, belastenden Verhaltensauffälligkeiten der ADHS-Kinder abzuwenden und seine Aufmerksamkeit auf die positiven Eigenschaften des ADHS-Kindes zu lenken. Die Autorin ist der Meinung, dass ADHS-Kinder schlagfertig und ehrlich sind, außerdem können sie Veränderungen schneller wahrnehmen und so zum Beispiel etwas Gesuchtes schneller entdecken. Ebenso sind ADHS-Kinder meist hilfsbereit, tierliebend und streben nach Gerechtigkeit. Hoberg (2007) titulierte ADHS-Kinder als „Stehaufmännchen“, da sie trotz vieler Misserfolge im Schulalltag, jeden Tag wieder

mit frohen Mut starten, auch wenn es am Vortag Probleme gegeben hat und das Kind des Öfteren ermahnt und bestraft worden ist, da sie meist nicht nachtragend sind und sich gerne auf eine Person einlassen, die sie mögen.

Auch Döpfner et al. (2000a) betonen die Bedeutsamkeit der positiven Beziehung zum ADHS-Kind. Oft ist die LehrerIn-SchülerIn-Beziehung so belastet, dass die positiven Aspekte des Kindes von der Lehrkraft kaum noch wahrgenommen werden. Die Lehrkraft muss sich bewusst machen, was dem ADHS-Kind im Unterricht schon viel besser gelingt als früher. Die Lehrperson sollte sich immer vor Augen halten, dass das ADHS-Kind mehr Anstrengung und Kraft benötigt, als andere Kinder, um Aufgaben zu meistern. Außerdem soll die Lehrkraft ab und zu Zeit für das ADHS-Kind finden und ein Gespräch mit ihm suchen, um dem Kind einerseits Interesse und Verständnis zu vermitteln und andererseits dem Kind seine positiven bzw. verbesserten Verhaltensansätze mitzuteilen.

Knölker (2001) gibt an, dass sich die Prozesse der Konfliktlösung in der Schule nicht vorrangig auf der Sachkompetenz der LehrerInnen abspielen, sondern 80 % der Problemlösung im Unterricht spielt sich auf der Beziehungsebene zwischen LehrerIn und SchülerIn ab. Daraus lässt sich schließen, dass eine gute LehrerIn-SchülerIn-Beziehung die Basis für eine Konfliktlösung darstellt. Motivierendes und erfolgreiches Lernen ist ohne eine gute Beziehung daher nicht möglich.

Die Lehrkraft muss dem ADHS-Kind zeigen, dass sie ihn mag, denn wenn das Kind diese Anerkennung bemerkt, verstärkt sich die Beziehung zwischen LehrerIn und SchülerIn. Das Selbstwertgefühl des ADHS-Kindes wird gesteigert, wenn die Lehrkraft weiß, was der Schüler kann und was in ihm steckt. Kennt die Lehrkraft die Stärken und Potentiale des Kindes mit ADHS, so kann sie diese in den Unterricht einbauen. Ist das Kind hilfsbereit, so kann man es zum Beispiel um bestimmte Dinge bitten, wie beispielsweise die Tafel zu löschen oder die Tür aufzuhalten. Oder ist das Kind sehr tierliebend, kann man ihn beispielsweise die Aufgabe der Aquariumspflege übertragen (Hoberg, 2007).

Die bedingungslose Zuwendung und das emotionale Annehmen eines Kindes spielt für Farnkopf (2007) eine wesentliche Rolle, da diese Kinder schon genügend Frustration in ihrem Alltag erleben.

Farnkopf (2007) hebt hervor, dass das Selbstvertrauen und die Stärken des/der Schülers/Schülerin gekräftigt werden müssen und dass die Kinder merken müssen,

dass ihre Anstrengungen wahrgenommen werden. Daher muss die Lehrkraft bereits die kleinsten Veränderungen beim Verhalten des ADHS-Kindes anerkennen und loben. Außerdem ist ein Bloßstellen des Kindes bei unerwünschtem Verhalten auf jeden Fall zu unterlassen, denn eine Bloßstellung begünstigt eine weiterVerschlechterung des ohnehin schon geschwächten Selbstwertgefühls.

Es stellt sich hier die Frage, ob ein ADHS-Kind nun ohne Grenzen und Regeln aufwachsen soll? Aus der Praxiserfahrung mit ADHS-Kindern können die Verfasserinnen darauf schließen, dass diese Kinder feste Regeln und konkrete Strukturen benötigen, um im Schulunterricht zu Recht zu kommen. Diese Regeln und Grenzen werden im nächsten Abschnitt genauer beschrieben.

8.3.3. Regeln und Grenzen

Obwohl Krowatschek (2009) angibt, dass ADHS-Kinder besonders viel Liebe und Geduld benötigen, dürfen Lehrkräfte keineswegs zu nachgiebig sein. Ein ADHS-Kind bekommt man nicht in den Griff, wenn die Lehrperson inkonsequent ist und die SchülerInnen spüren, dass ihnen kein Widerstand geboten wird.

Wender (2002) teilt mit, dass ein konsequentes, klares, unmissverständliches Handeln am besten ist. Mit klaren Regeln meint Wender, dass die Regeln an das ADHS-Kind immer mit den gleichen Konsequenzen behaftet sein müssen. Das heißt, wenn das Kind eine Regel nicht einhält, dann wird es stets auf die gleiche Art und Weise bestraft beziehungsweise wenn es die Regel einhält, erhält es Lob und Anerkennung seitens der Lehrkraft. Mit Unmissverständlich meint Wender, dass die Regeln eindeutig definiert und verstanden werden. Außerdem brauchen ADHS-Kinder feste Strukturen, sie benötigen Verhaltensregeln und Werte, nach denen sie leben können.

Döpfner et al. (2000a) liefern ein praktisches Beispiel zu Regeln im Unterricht. LehrerInnen sollten mit den Kindern Klassenregeln aufstellen, für deren Einhaltung positive Konsequenzen folgen. Werden die Regeln allerdings nicht eingehalten, folgen negative Konsequenzen. Die Lehrperson sollte mit den Kindern gemeinsam ein Poster mit den Klassenregeln anfertigen und gut sichtbar in der Klasse aufhängen. Mit dem ADHS-Kind kann man zusätzlich Sonderregeln vereinbaren,

zum Beispiel auf dem Platz sitzen bleiben. Werden diese Sonderregeln beachtet, erfolgt eine Belohnung.

Überdies sollte man beachten, dass die Regeln überschaubar sind und man sollte darauf achten, dass es sich um eine begrenzte Anzahl von Regeln handelt, damit das Kind nicht überfordert ist (Knölker, 2001; Hoberg, 2007). Fünf bis sieben Regeln gelten in der Volksschule als eine gute Daumenregel. Im Zusammenhang mit dem Setzen von Grenzen und dem Erstellen von Regeln ist wichtig, dass die Regeln altersadäquat sind, das heißt für die Kinder verständlich sind, dass sie mit dem Kind gemeinsam vereinbart werden und dass sie überschaubar sind, das heißt es sollten nicht zu viele Regeln auf einmal aufgestellt werden. Des Weiteren betont Knölker (2001), dass man jede Woche einen Regelschwerpunkt setzen sollte und man während dieser Woche darauf achtet, dass die Regeln exakt und konsequent eingehalten werden.

Die Lehrkraft sollte außerdem freundlich, aber auch eindeutig und tonangebend auftreten, um den Schüler Orientierung und Halt zu vermitteln. In Situationen wie zum Beispiel im Kreisgespräch, sollte man kurz vor der neuen Sitzordnung die Regeln und ihre Konsequenzen wiederholen. Werden trotz alledem Regeln verstoßen, muss in jedem Fall reagiert bzw. eingegriffen werden. Im nächsten Abschnitt werden die Unterrichtsspezifischen Maßnahmen genauer erläutert, unter anderem wird hierbei auf die verschiedenen Methoden bei Regelverstößen eingegangen (Lauth und Naumann, 2009).

8.4. Unterrichtsspezifische Maßnahmen

In diesem Unterkapitel werden vorerst spezifische Unterrichtstechniken wie Bestrafung und Belohnung und anschließend allgemeine Voraussetzungen für das Unterrichtsgeschehen wie die Sitzordnung etc. besprochen. Abschließend werden arbeitsspezifische Aspekte wie das Bewältigen von Aufgaben in kleinen Schritten oder die Bedeutsamkeit einer Struktur erklärt.

8.4.1. Bestrafung bei Regelverstößen

Wie aus der angeführten Literatur erkennbar ist, wird bei Regelverstößen am häufigsten die Methode des sogenannten „time out“ verwendet.

Spricht man von einem „time out“ meint man genau genommen eine extreme Form des Ignorierens. Gerade wenn das Kind zusätzlich aggressiv wird und sich nicht mehr unter Kontrolle hat, wirkt es am besten, dass störende Kind aus der Klasse zu nehmen, damit es sich wieder beruhigen kann und die anderen Kinder nicht gestört werden und in Ruhe ihre Arbeitsaufträge erledigen können. Das Kind, das gegen eine Regel verstoßen hat, verbringt die Auszeit vor der Türe oder es wird aufgefordert sich in einen anderen Raum, wie zum Beispiel zur Nachbarklasse, Ruheraum oder Schulsekretariat zu begeben. Dort muss das Kind dann ohne jegliche Zuwendung der Anwesenden seinen Arbeitsauftrag zu Ende bringen. Diese Auszeit sollte jedoch einen Zeitrahmen von zehn Minuten nicht überschreiten (Farnkopf, 2007; Krowatschek, 2009; Hoberg, 2007, Göllles, 2008).

Neigt der ADHS-Schüler zu oppositionellem Verhalten, oder ist die Gefahr, dass der Schüler „abhaut“, doch zu hoch, kann die Lehrkraft versuchen, Sicherungssysteme einzubauen (Hoberg, 2007, 179 f.):

- Wenn die Klasse einen Nebenraum hat, in den der Schüler geschickt werden kann, sollte dieser für Time Out-Zwecke relativ reizarm sein.
- Man kann überlegen, ob in der kritischen Zeit der Einführung eines Time Out der Hausmeister oder eine Kollegin zur Verfügung stehen, um den Haupteingang abzusichern.
- Zusätzlich kann man mit ihm besprechen, dass Abhauen eine äußerst unangenehme Konsequenz zur Folge haben wird.
- Nach Absprache mit der Lehrkraft der Nachbarklasse kann der ADHS-Schüler zum Time Out auch in diese Klasse geschickt werden. Das ist die „sicherste“ Lösung.
- Liegt die Klasse in der Nähe des Sekretariats oder der Schulleiterin, kann der Schüler dorthin geschickt werden. Es gilt die eiserne Regel, dass der Schüler im Time Out keinerlei Zuwendung bekommt. Die anwesenden Personen sollen sich nicht um den Schüler kümmern, nicht auf seine Fragen antworten und

ihm keine zusätzliche Standpauke halten. Sie kümmern sich auch nicht darum, ob er die Arbeitsblätter bearbeitet. Diese besondere Art der Einzelzuwendung könnte für den Schüler sonst schnell zum „Hobby“ werden.

Das „time out“ darf nicht mit der Möglichkeit verwechselt werden, dass das ADHS-Kind eine selbstgewählte Auszeit nimmt, beispielsweise um sich Bewegung oder Erholung zu beschaffen (Hoberg, 2007).

Eine weitere effektive Option auf Regelverstöße angemessen zu reagieren ist das sogenannte „Ignorieren mit positivem Modell“ (Hoberg, 2007; Krowatschek, 2009). Besonders gut eignet sich dieses Modell für Verhaltensweisen, die das ADHS-Kind selbst nicht in den Griff bekommt und auch für Situationen, in denen es nicht bewusst gegen Regeln verstößt. Wendet man diese Technik ausdauernd und korrekt an, führt das Ignorieren mit positivem Modell zum Abbau von Verhaltensproblemen, zur Entspannung bei kritischen Situationen und zur Förderung der Selbstregulation beim Schüler. Sicherlich fällt es oft schwer diese Technik konsequent durchzuführen, weil man meint, die anderen SchülerInnen und sich selbst schneller schützen zu müssen. Dies wird dadurch verstärkt, wenn die anderen SchülerInnen die Lehrkraft unter Druck setzen, handeln zu müssen beziehungsweise wenn sie sich über das Fehlverhalten des ADHS-Kindes beschweren. Das ADHS-Kind reagiert vorerst irritiert, wenn ihr unangepasstes Verhalten plötzlich nicht mehr beachtet wird, bevor es das Verhalten aufgibt, legt es in der Regel noch einmal zu, um zu erkundigen, ob die bisher von der Lehrkraft gezeigten Reaktion weiterhin ausbleibt. Hierbei ist es äußerst schwierig das Kind weiterhin zu ignorieren, meistens passiert es den LehrerInnen an dieser Stelle wieder in das Muster des Ermahnens und Tadelns zurück zu fallen. Bedauerlicherweise lernt das ADHS-Kind dann, dass es sich wieder gelohnt hat und reagiert mit weiterem Fehlverhalten (Hoberg, 2007).

Wird das Modell des Ignorierens fortlaufend angewendet, erreicht man das Abbauen des Fehlverhaltens des ADHS-Kindes. Jedoch lernt das Kind hierbei nicht, was es stattdessen tun sollte. Daher ist ein Gespräch danach mit ihm unabdingbar, denn um Veränderungen zu stabilisieren, muss man dem Kind rückmelden, welches Verhalten in der Schule erwünscht ist. Dieses Gespräch sollte allerdings erst dann stattfinden,

wenn das Kind seine Aufmerksamkeit wieder dem Unterricht zugewendet hat. An dieser Stelle sollte man nicht vergessen, das Kind zu loben.

Eine zusätzliche Möglichkeit bietet Krowatschek (2009) mit seinem Modell des Ignorierens. Hierbei wird keine Negativäußerung in Richtung des hyperaktiven Kindes getätigt. Das gewünschte Verhalten wird bei denjenigen SchülerInnen hervorgehoben, die es zeigen. Hebt man nun anerkennend hervor, wer bereits die richtige Seite im Buch aufgeschlagen hat, löst dies beim ADHS-Kind den Wunsch aus, auch zu den Gelobten gehören zu wollen, sodass er schnell die richtige Seite im Buch aufschlägt. Ein anderes Unterrichtsbeispiel wäre, dass man die Kinder, die herausschreien ignoriert und diejenigen, die aufzeigen und sich melden, sehr freundlich lobt. Beschwert sich hierbei der/die ADHS-SchülerIn, dass er/sie bereits die richtige Antwort herausschreien hat, muss man ihm/ihr erklären, dass nur die Lösungen gelten, die gesagt werden, nachdem man sich gemeldet und dran genommen wurde. In vielen Fällen reicht es aus, ein unangepasstes Verhalten zu ignorieren, damit es verschwindet. Jedoch sollte sich die Lehrkraft bewusst sein, dass aggressive und destruktive Verhaltensweisen keinesfalls ignoriert werden dürfen, sondern auf der Stelle konsequent unterbunden werden müssen (Hoberg, 2007).

ADHS-Kindern fällt es oft sehr schwer ein Nein zu akzeptieren. Hierbei hilft oft die Methode, die in Amerika „The Broken Record Technique“ (eine Schallplatte mit Kratzer) genannt wird (Hoberg, 2007; Krowatschek, 2009).

Hoberg (2007) nennt hier folgendes Beispiel:

Der ADHS-Schüler hat z.B. seine Aufgabe extrem „huddelig“ erledigt und fragt nun, ob er den Dinosaurier auf seinem Arbeitsblatt ausmalen darf. Hiervon ist er erfahrungsgemäß im weiteren Unterrichtsverlauf nicht mehr abzubringen. Abwarten ist zwar unbestrittener Weise eine der unangenehmsten Tätigkeiten für ADHS-Schüler. Aber dennoch sagt man bestimmt: „Es wird nicht gemalt, du wartest ruhig ab oder kontrollierst deine Aufgaben.“ Der Schüler quengelt weiter, aber man wiederholt: „Es wird nicht gemalt, du wartest ruhig ab oder kontrollierst deine Aufgaben.“ So geht es stoisch weiter, bis alle anderen Schüler mit ihren Aufgaben fertig sind und man zum nächsten Unterrichtsabschnitt weitergeht. Unabhängig davon, welches Argument der ADHS-Schüler bringt, wird wiederholt: „Es wird nicht gemalt, du wartest ruhig ab oder kontrollierst deine Aufgaben.“ Das

Ziel ist bereits erreicht, wenn der Schüler wirklich nicht malt. Falls er aber zufällig lustlos anfängt, seine Aufgabe zu kontrollieren, hat man eine gute Möglichkeit, ihn dafür zu loben. (S. 187)

Das heißt, man gibt vorerst eine Aufforderung mit Nachdruck. Diese Anweisung wird dann kurz und klar und im gleichen Wortlaut wiederholt. Wichtig ist hierbei, die Vermeidung von Diskussionen. Um sich nicht auf die Argumente des Kindes einzulassen, ist ein längerer Atem der Lehrkraft nötig. Das ADHS-Kind wird schnell wahrnehmen, dass sich die Lehrkraft auf keine Diskussion mit ihm einlässt und erkennt, dass kein Handlungsspielraum besteht (Hoberg, 2007).

Eine weitere pädagogische Maßnahme beschreibt Hoberg (2007) mit dem sogenannten „Zeichen setzen mit Konsequenz“. Zu den nonverbalen Zeichen setzen gehören die 1-2-3-Regel, die Ampel und die Gelb-Rote-Karte. Bei der 1-2-3-Regel nennt die Lehrkraft beim Auftreten eines unerwünschten Verhaltens die jeweilige Zahl aus und zeigt diese mit den Fingern an. Wird die Zahl drei ausgesprochen, folgt die negative Konsequenz. Neben dieser Regel kann man dem ADHS-Kind auch ein Zeichen mit einer großen Ampel, die im Klassenraum sichtbar angebracht wird, geben. Die Farbe Grün signalisiert dem/der SchülerIn, dass man das Fehlverhalten gesehen hat, aber noch freundlich gestimmt ist. Tritt das unerwünschte Verhalten ein weiteres Mal auf, wird dem/der SchülerIn die Farbe Gelb gezeigt, dies meint, dass beim nächsten Auftreten des Fehlverhaltens eine negative Konsequenz folgt. Bei erneutem Auftreten wird auf die Farbe Rot gezeigt und die Konsequenz tritt sofort in Kraft.

Bei der Gelb-Roten-Karte sieht der Schüler zunächst „Gelb“. Wird ihm die rote Karte gezeigt, erfolgt unmittelbar die vereinbarte Strafe. Diese Fußballanalogie wird von den SchülerInnen meist sehr gut angenommen. Diese zweistufige Maßnahme ist für ADHS-SchülerInnen jedoch oft zu kurz, denn hierbei handeln sie sich schnell eine Strafe ein, da sie länger als die anderen SchülerInnen brauchen, um sich zu regulieren. Gut einsetzbar ist diese Methode allerdings, wenn ein Verhalten schon recht gut gelernt wurde und das unerwünschte Verhalten nur noch selten auftritt. Die Gelb-Rote-Karte ist auch gut einsetzbar, wenn der zu ahnende Verstoß so gravierend ist, dass er höchstens einmal durchgelassen werden kann, bevor die Bestrafung erfolgt.

Die Methode „Zeichen setzen mit Konsequenz“ bietet dem ADHS-Kind die Möglichkeit, sich selbst als Verursacher von Handlungen wahrzunehmen. Damit erkennt er besser, dass die Regulierung seines Verhaltens negative Folgen abwenden kann. Dies bewirkt beim Kind sein impulsives Verhalten besser in den Griff zu bekommen.

8.4.2. Belohnung

Neben diesen Maßnahmen, gibt es natürlich auch Methoden, die vom Kind als positiv wahrgenommen werden und zum Ziel haben, Fehlverhalten von vornherein zu verhindern. Hierbei wird in der Literatur immer wieder das Lob als sehr wirkungsvolle Methode genannt. Gerade ADHS-Kinder, deren Selbstwert relativ gering ist, brauchen viel Lob und Anerkennung. Man sollte jedoch darauf achten, dass das Lob nur eingesetzt wird, wenn es auch angebracht ist. Braun (2000a) warnt daher vor einer „Lobinflation“.

Laut Hoberg (2007) ist das Loben der Königsweg im Umgang mit ADHS-Kindern. Das Lob kann auch mit einer Geste (hochgestreckter Daumen) signalisiert werden. Außerdem muss das Lob immer unmittelbar nach dem entsprechenden Wohlvverhalten stattfinden, damit der/die SchülerIn Verhalten und Lob koppelt und er/sie damit das gewünschte Verhalten als weiterhin zeigenswert speichert. Ebenfalls sollte das Lob immer eindeutig und uneingeschränkt sein. Bereits kleine Schritte zur Verhaltensbesserung und Anstrengungsbereitschaft sollten lobend hervorgehoben werden. Kinder mit ADHS haben oft Schwierigkeiten Lob anzunehmen, dies kann für die Lehrkraft zu Frustration führen. Damit der/die SchülerIn das Lob besser annehmen kann, kann es helfen, dem/der SchülerIn nicht vor gesammelter Klasse zu loben.

Eine Methode, die verfestigten Verhaltensprobleme von Kindern mit ADHS in den Griff zu bekommen, ist der sogenannte Verstärkerplan. (Krowatschek, 2009; Hoberg 2007). Verstärkerpläne motivieren das Kind und helfen ihm erwünschtes Verhalten einzuüben. Man formuliert mit dem Kind gemeinsam, welche Verhaltensweisen verändert werden sollen und was man von ihm erwartet. Solche Vereinbarungen können lauten:

- Ich notiere die Hausaufgaben.
- Ich löse Konflikte verbal.
- Ich lasse andere Kinder ausreden.
- Ich melde mich, wenn ich etwas zu sagen habe.

Hierbei ist wichtig, dass man eine positive Formulierung wählt. Die Kinder wissen meistens ganz genau, was sie nicht tun dürfen, aber nicht, was stattdessen von ihnen erwartet wird. Anschließend schreibt das Kind den Satz auf den Verstärkerplan. Danach wird abgeklärt, ob das Kind bereit ist, dieses Verhalten in den nächsten Tagen zu trainieren. Außerdem wird vereinbart, für wie lange das Kind trainieren muss, um einen Punkt zu erhalten. Fällt dem Kind das erwünschte Verhalten besonders schwer, wird eine Einhaltung von einer Schulstunde zu lange sein, dann wählt man einen Zeitraum von ca. zehn Minuten. Wird das Verhalten vom Kind eingehalten, erhält es die entsprechenden Punkte. Diesen Punkt kann es sich dann auf den Verstärkerplan malen. Die Punkte werden gesammelt und später gegen attraktive Belohnungen eingetauscht. Am besten legt man sich eine Schatzkiste mit Preisen wie Stickern, Spielsachen, Süßigkeiten etc. an. Man könnte hier auch Gutscheine für Hausaufgabenfrei oder gemeinsame Spielstunden einsetzen. Jetzt wird mit dem Kind noch vereinbart, nach welchem System es die Punkte umtauschen kann. Nach zehn Punkten erhält man beispielsweise einen kleinen Preis, nach zwanzig Punkten einen mittleren und nach dreißig Punkten einen großen. Das Kind bekommt die Belohnung nur dann, wenn es sich an die Vereinbarung hält. Die Lehrkraft versichert dies mit ihrer Unterschrift auf dem vorgefertigten Vertrag (Krowatschek, 2009, Hoberg, 2007).

Döpfner et al. (2000a) geben an, dass man bei guter Zusammenarbeit mit den Eltern den Eintauch der Punkte in Belohnungen auch in der Familie erfolgen kann.

Zudem weist Krowatschek (2009) darauf hin, dass Punkte, die ein Kind bereits erhalten hat, ihn nicht wieder weggenommen werden dürfen, denn Kinder mit ADHS haben immer wieder Ausrutscher und würden somit ständig in Gefahr laufen, ihre bereits erworbenen Punkte zu verlieren. Infolgedessen würden sie auch schnell die Motivation, Punkte zu sammeln, verlieren.

Kinder mit ADHS leiden wie bereits erwähnt unter Unruhe und einer kurzen Aufmerksamkeitsspanne und da sie sich sehr leicht ablenken lassen, ist es wünschenswert, wenn beim Ansprechen des Kindes zwischen Lehrkraft und SchülerIn Blickkontakt oder auch Berührungskontakt herrscht. Denn durch Blicke und Berührungen signalisiert die Lehrperson dem/der SchülerIn, dass sie ihn/sie wahrnimmt und auf seine/ihre Bedürfnisse eingeht (Farnkopf, 2007).

All diese Methoden sind nicht nur bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung einsetzbar, sondern auch für den Umgang mit „normalen“ Kindern gut geeignet. Dass viele dieser Methoden auch im Bildungszentrum Kiprax in Wien zum Einsatz gebracht werden, wird im nächsten Kapitel genauer beschrieben. Zu diesem Abschnitt sind im nächsten Unterabschnitt noch jene Aspekte und Techniken angeführt, die für einen reibungslosen und stressfreien Unterricht im Umgang mit ADHS-Kindern sorgen.

8.4.3. Klassenzimmer und Sitzordnung

Hohe Bedeutung wird in der Literatur auch dem Klassenzimmer und der Sitzordnung beigemessen. So weist Farnkopf (2007) darauf hin, dass sich das Sitzen an Gruppentischen bei ADHS-Kindern nicht bewährt, da diese Anordnung beim selbstständigen Arbeiten zu sehr ablenkt. Bei Gruppenarbeiten ist diese Sitzordnung jedoch wesentlich und ADHS-Kinder sollten auch die Möglichkeit haben, diese zu üben. Hierbei muss die Lehrkraft auf Instruktion achten. Man sollte darauf achten, dass die ADHS-SchülerInnen möglichst weit vorne sitzen, am besten seitlich neben der Lehrperson, mit direktem Blick auf die Tafel. Das seitliche Sitzen verhindert ablenkendes Umdrehen. Man sollte auch darauf achten, dass die Sitzplätze nicht zu häufig gewechselt werden, denn das irritiert ein Kind mit ADHS. Eine große Hilfe kann ein(e) vorbildliche(r) SitznachbarIn für das hyperaktive Kind sein. Außerdem sollte das Kind nicht beim Fenster oder beim Papierkorb sitzen, damit es einerseits von den anderen MitschülerInnen nicht gestört wird und andererseits durch die räumliche Nähe zur Lehrperson eine Unterstützung zum geistigen Dableiben über Blickkontakt erhält. Nebenbei muss man beachten, dass Überflüssiges am Arbeitstisch das ADHS-Kind ablenkt (vgl. auch Döpfner et al., 2000a).

Schon Maria Montessori war der Meinung, dass das Kind durch äußere Ordnung zur inneren Ordnung findet. Eine begrenzte Anzahl an Materialien ist außerdem wichtig, um Klarheit in den Eindrücken des Kindes entstehen zu lassen (Farnkopf, 2007).

Auch Krowatschek (2009) ist der Ansicht, dass die hyperaktiven Kinder alleine auf einem Tisch sitzen sollen, wobei es sich hierbei keinesfalls um eine Bestrafung handelt. Viele Kinder geben an, dass sie am Einzeltisch weniger Probleme haben, ihre Sachen in Ordnung zu halten, Arbeitsaufträge zu bearbeiten und am Unterricht teilzunehmen.

Hoberg (2007) betont, dass es keine objektiv günstigen Sitzplätze für ADHS-SchülerInnen gibt. Sie weist allerdings auch darauf hin, dass das Kind am besten in der Nähe der Lehrperson sitzen soll, denn bei direktem Kontakt zum ADHS-Kind kann man gegeben falls sofort eingreifen und sich deshalb Zeit und Kraft sparen.

Auch der Klassenraum spielt hierbei eine große Rolle. Der Raum sollte nicht aufwendig mit vielen optischen Blickfängen wie Postern, Bildern oder Mobiles dekoriert sein. Auch die Unterbringung von Kleidung und Gegenständen sollte bedacht werden. Gibt es in der Klasse Garderobenhaken, erhält der/die ADHS-SchülerIn am besten einen äußeren Platz. Das ADHS-Kind sollte seine Fächer für die Arbeitsmaterialien direkt in der Nähe seines Tisches haben. Kommt es zur Aufstellung in Zweierreihen, so sollte das ADHS-Kind ganz vorne oder hinten gereiht werden.

8.4.4. Bewegung und Entspannung

Kinder mit ADHS sind in ihrem Bewegungsdrang extrem auffällig. Damit das Unterrichtsgeschehen ruhig und stabil verläuft und ungestörtes Lernen und Lehren möglich ist, besteht eine der Lösungen darin, den übermäßigen Bewegungsdrang der hyperaktiven Kinder zu regulieren. Dafür bieten sich verschiedene Optionen an. Kinder können zum Beispiel durch Tafel löschen, Arbeitsblätter austeilen etc. sinnvoll in Bewegung gebracht werden. Ebenso hat die Lehrkraft die Möglichkeit Entspannungsübungen wie Phantasiereisen oder Bewegungsspiele in den Unterricht einzuführen. Besonders zu jenen Zeiten, in denen Konzentrationsdefizite

wahrgenommen werden oder sich Unruhe in einem Kind ausbreitet, sollen diese Übungen zum Einsatz gebracht werden.

Farnkopf (2009) ist der Ansicht, dass man hierbei beachten muss, dass kein Herumlaufen und Toben erlaubt wird, da sich hyperaktive Kinder danach nur wieder schlecht beruhigen können. Da eine solche Situation das ADHS-Kind zu wilden Eskapaden verleiten kann, sollte es für den Verlauf der Übung in der Nähe der Lehrkraft platziert sein (Hoberg, 2007). Wichtig hierbei ist, dass die Lehrperson die Zügel in der Hand behält und den Bewegungsauftrag gezielt erteilt.

Es bietet sich an mit der gesamten Klasse Bewegungsübungen durchzuführen. Ist ein Klassenraum großzügig angelegt, sind Bewegungsspiele problemlos möglich.

Auch die 50 Tipps für den klugen Umgang mit ADS im Klassenzimmer weisen auf diese Möglichkeit hin:

47. In Bewegung halten. Eine der besten Behandlungen von ADS, ob bei Kindern oder Erwachsenen, ist Körperbewegung, ins Besondere durch lebhafte Übungen. Diese Bewegungen helfen, die überschüssige Energie abzubauen, die Aufmerksamkeit zu schärfen, sie regen bestimmte Hormone und eventuell Neuro-Stimulantien an und machen Spaß. Stellen Sie sicher, dass diese Übungen wirklich Freude bereiten, dann wird das Kind sie ein Leben lang praktizieren. (Adapt Nr. 28, 2005, 21)

Ebenso wichtig wie Bewegungsübungen, sind auch Entspannungspausen (Farnkopf, 2002). Begleitet können diese Entspannungsübungen durch beispielsweise Rückwärtszählen mit geschlossenen Augen, gezieltes Ausatmen, Musik hören etc. werden.

Krowatschek (2009) weist darauf hin, dass solche Entspannungsphasen nur dann sinnvoll sind, wenn davor eine Dynamikphase stattgefunden hat. Besonders gut eignet sich dafür die Zeit nach der Pause, aber auch nach 20 bis 30 Minuten Unterricht können diese eingesetzt werden, da sich nach einer Arbeitsphase in dieser Dauer eine gewisse Spannung bei den hyperaktiven Kindern aufgebaut hat.

Entspannungsübungen heilen ein ADHS-Kind zwar nicht, aber sich helfen dem/der SchülerIn kurzfristig, sich zu beruhigen und wieder zu konzentrieren. Besonders gut eignen sich dafür auch Phantasiereisen oder Autogenes Training. Für diese Entspannungsübungen braucht die Lehrperson allerdings starke Nerven, da ADHS-Kinder den Texten einer Phantasiereise nur schwer folgen können, denn sie reden ständig dazwischen und ruinieren damit schnell eine solche Entspannungsphase. Bedauernswerterweise sind gerade diese Übungen, die SchülerInnen gut helfen können, um sich zu sammeln, besonders schwierig für diese Kinder. Dennoch sollte man diesen Versuch wagen, denn vielleicht gibt es auch ADHS-SchülerInnen, die auf solche ein Programm gut reagieren und dieses nutzen. Reagiert das hyperaktive Kind mit Unruhe auf eine Entspannungsübung, hilft es häufig, wenn die Lehrkraft die Hand auf den Rücken des Kindes legt. Entspannungsübungen benötigen eine gute Vorbereitung der Lehrperson und Routine, damit das Kind sich tatsächlich auf eine solche Übung einlassen kann. Zunächst ist es hilfreich, wenn man kleinere Sequenzen für Entspannung am Platz übt (Hoberg, 2007).

8.4.5. Unterrichtsstrategien (Arbeitsspezifische Aspekte)

ADHS-Kinder sind zwar meistens „unter Strom“, aber ermüden sehr rasch, wenn eine geistige Anforderung ansteht, die ihnen von der Lehrperson gestellt wird und die sie als eintönig wahrnehmen, wie beispielsweise schriftliche Arbeitsaufträge erledigen oder für längere Zeit zuzuhören (Hoberg, 2007). Es fällt ihnen hierbei schwer sich selbst zu regulieren und lassen sich schnell ablenken. Infolgedessen können ADHS-Kinder durch optimale Außensteuerung und Aufmerksamkeitslenkung vor Ermüdung abgehalten werden und damit auch vor allerhand Unsinn, den sie sich gerne einfallen lassen. ADHS-SchülerInnen verhalten sich besser, wenn der Schultag von Routine und Regeln gekennzeichnet ist (vgl. auch Döpfner et al., 2000a). Außerdem sind sie präsenter, wenn innerhalb der Schulfächer ein Wechsel in den Unterrichtseinheiten stattfindet, das heißt zum Beispiel in Gruppenarbeit, Stillarbeit, oder in Stationen arbeiten. Der Wechsel findet am besten in einer gewissen Chronologie statt, zum Beispiel sollte immer nach der Einführung eines neuen Themas eine praktische Einheit folgen, danach eine Stillarbeit und anschließend wird die Hausübung notiert. Dadurch kann man dem inneren Chaos der ADHS-SchülerInnen mit Struktur entgegensetzen. Ebenso können sie ihre Aufmerksamkeit besser halten, wenn die

einzelnen Unterrichtseinheiten durch den vorgegebenen Rahmen gut markiert und damit überschaubar sind. Man kann zum Beispiel den Beginn einer Arbeitsphase durch eine Ruhephase in der Klasse markieren, indem man akustische oder optische Signale (wie Handzeichen, Signalkarten, Erklingen der Triangel etc.) einführt (Hoberg, 2007).

Knölker (2001) weist darauf hin, dass das oberste Gebot die Herbeiführung von Unterrichtsruhe zu Stundenbeginn ist. Viele PädagogInnen kommen in das Klassenzimmer und schaffen keinen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus.

„Das Ausmaß an Unterrichtsunruhe hängt aber signifikant vom Ausgangslevel der Ruhe/Unruhe zu Stundenbeginn ab. Wenn man Schülerumfragen Glauben schenken darf, ist Unruhe im Unterricht der entscheidende Aufmerksamkeitskiller.“ (Knölker, 2001, 47).

Das heißt, Unruhe zu Unterrichtsbeginn ist daher nicht das Problem der SchülerInnen, sondern das des Lehrers. Damit lautet die Devise, nicht abwarten, sondern eingreifen. Welche Möglichkeit die Lehrperson wählt, um Ruhe zu verschaffen, bleibt ihm überlassen, es könnte beispielsweise ein Aufstehen der Klasse, eine Phantasiereise oder eine Konzentrations- oder Bewegungsübung sein (Knölker, 2001).

Damit der Unterricht so gut wie möglich reibungslos verläuft, spielt die Ankündigung von Übergängen eine wichtige Rolle, denn je abweichender die Lehrkraft von der Routine ist und je unstrukturierter sie arbeitet, desto chaotischer und störender verhalten sich die ADHS-SchülerInnen. Denn jede Veränderung bedeutet Unruhe. Übergänge von einer in die nächste oder Änderungen im Unterrichtsablauf müssen rechtzeitig angekündigt werden, denn sonst reagieren die ADHS-SchülerInnen mit Verwirrung und Unruhe. Hierbei sollten die Informationen klar und deutlich bereits am Morgen formuliert und später wiederholt werden (Hoberg, 2007).

Knölker (2001) empfiehlt außerdem, Anweisungen in kurzen und knappen Sätzen zu geben. Hierbei sollte eine vorwurfsvolle Gestik, Mimik oder Wortwahl vermieden werden.

ADHS-Kinder sind oft nicht im Stande eine Aufgabe auf dieselbe Art und Weise wie verhaltensunauffällige Kinder zu lösen, obwohl sie intellektuell sehr wohl dazu in der Lage wären. Die Lehrperson kann ihnen mit teilweise modifizierten Ansprüchen dabei entgegenkommen. Krowatschek (2009) weist darauf hin, dass man die Arbeitsaufträge in kleine überschaubare Schritte einteilt. Da ADHS-SchülerInnen in der Regel länger als andere Kinder für Aufgaben brauchen, scheint es nach Knölker (2001) auch angebracht, ihr Arbeitspensum zu kürzen bzw. die Arbeitsanweisungen in ihrem Sinne abzuändern.

Hat der/die SchülerIn ein Erfolgserlebnis, auch einmal wieder Aufgaben fertig zu stellen, erhöht sich seine/ihre Motivation für schulische Anforderungen (Hoberg, 2007).

Darüber hinaus ist es laut Farnkopf (2002) auch sinnvoll, wenn man es zulässt, dass ADHS-SchülerInnen ihre Aufgaben hin und wieder in Druckschrift oder auf dem Computer erledigen, da diese Kinder oft große Probleme in der Handschrift haben.

Auch in Prüfungssituation empfiehlt es sich laut Knölker (2001), Kinder mit ADHS besonders zu berücksichtigen, denn einerseits benötigen sie mehr Zeit für Prüfungen und andererseits ist es für ADHS-Kinder von Vorteil, wenn Prüfungen prinzipiell in der ersten Unterrichtsstunde stattfinden, da diese Kinder aufgrund ihrer kurzen Aufmerksamkeitsspanne in einer späteren Schulstunde nicht mehr in der Lage sind, eine vernünftige Prüfung abzulegen. Darüber hinaus weisen Knölker (2001) und Farnkopf (2002) darauf hin, dass die Prüfungen bzw. Tests in einem reizarmen Umfeld stattfinden sollten. Das heißt man soll darauf achten, dass das ADHS-Kind alleine am Tisch sitzt und alles Überflüssige, Ablenkbare von seinem Platz entfernt wird.

Wie bereits erwähnt leiden hyperaktive Kinder an einem Mangel an Selbstorganisation (Knölker, 2001). Ein ADHS-Kind würde am Ende seines Tests nicht unaufgefordert seine erbrachten Leistungen noch einmal durchlesen und kontrollieren, daher sollte die Lehrkraft dafür sorgen, dass sie das ADHS-Kind erinnert, sich noch einmal alles in Ruhe durchzulesen, langsam zu arbeiten und am Ende der Arbeit nochmals zu kontrollieren.

Ebenso bedeutsam für den richtigen Umgang mit ADHS-Kindern ist es als Lehrperson konsequent zu sein bzw. zu agieren (Döpfner et al., 2000a). Wie bereits

im Kapitel „Pädagogische Maßnahmen“ erwähnt wurde, soll auf einen Regelverstoß eine negative Konsequenz folgen. Diese Konsequenzen sollen unmittelbar auf das Problemverhalten erfolgen und nicht erst später. Im Unterschied zu verhaltensunauffälligen Kindern, reagieren hyperkinetische Kinder kaum auf verzögerte oder nur gelegentlich erfolgende Konsequenzen. Aufgrund dessen ist es bedeutsam, dass sowohl positive als auch negative Konsequenzen unmittelbar und regelmäßig eintreten.

Um Verhaltensprobleme bzw. Verbesserungen festzuhalten, sollten Lehrpersonen Stundenpläne führen, in welche Hinweise über Unterrichtsbeteiligung, Verhalten im Unterricht oder etwa Materialvollständigkeit eingetragen werden (Knölker, 2001).

Wie bereits mehrmals erwähnt, ist es für hyperaktive Kinder wesentlich, Strukturen im täglichen Schulablauf zu haben. Das heißt, nicht nur der Unterricht selbst, sondern auch die Arbeitsmaterialien sollten strukturiert sein (Neuhaus, 1993).

In den 50 Tipps für den klugen Umgang mit ADS im Klassenzimmer wird auf die Bedeutsamkeit und Notwendigkeit von Strukturen hingewiesen (Adapt Nr. 28, 2005):

5. Vergessen Sie nicht, dass ADS-Kinder Struktur benötigen. Sie brauchen ihr gewohntes Umfeld, um sich wenigstens äußerlich eingliedern zu können, wozu sie innerlich nicht in der Lage sind. Machen Sie Listen. Für ADS-Kinder ist es sehr hilfreich, wenn sie auf der Tafel oder auf eine Liste zurückgreifen können, falls Sie nicht mehr weiter wissen. Sie brauchen Hilfen, um sich erinnern zu können. Sie brauchen einen Überblick. Sie brauchen Wiederholungen. Sie brauchen Anweisungen. Sie brauchen Grenzen. Sie brauchen Aufgliederungen. (S. 19)

In diesem Zusammenhang weist Knölker (2001) darauf hin, dass vor allem Freiarbeit und Wochenplanarbeit oft eine Überforderung für ADHS-Kinder darstellen, ausgenommen die Kinder werden mit strukturierendem Begleiten seitens der Lehrkraft unterstützt.

Hoberg (2007) weist darauf hin, dass es von Vorteil ist, wenn die Verhaltensproblematik des ADHS-Kindes in der Klasse zum Thema gemacht wird. Selbstverständlich muss man beim Klassengespräch darauf achten, dass der/die

ADHS-SchülerIn, der/die sowieso meist schon eine Außenseiterrolle in der Klasse hat, nicht beschämt wird. Die verhaltensunauffälligen Kinder bemerken das unangepasste Verhalten des ADHS-Kindes meist schnell. Wird sein Fehlverhalten im Klassengespräch öffentlich ausgesprochen, so führt dies zur Entlastung und entschärft die Lage. In der Regel sind die MitschülerInnen sehr hilfsbereit und vernünftig und sind erleichtert zu hören, dass die ADHS-SchülerInnen bestimmte Dinge nicht absichtlich tun. Demzufolge kann auch eine angespannte Klassenatmosphäre entschärft werden. Durch die Besprechung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Klassengespräch werden Vorurteile der MitschülerInnen aufgehoben und aufgrund dieser Einbindung, können weitere Maßnahmen für den/die ADHS-SchülerIn, wie beispielsweise die Einführung von Punkteplänen mit Belohnungen, nicht auf Neid oder Unverständnis stoßen. Außerdem kann die Lehrperson mit den anderen SchülerInnen besprechen, wie sie das Fehlverhalten des ADHS-Kindes zu ignorieren lernen.

Spätestens wenn die Eltern der anderen Schüler beginnen, sich über das störende Verhalten des ADHS-Schülers zu beschweren, empfiehlt Hoberg (2007), auch die Elternschaft der Klasse über die Thematik ADHS zu informieren. Dies kann jedoch erst geschehen, wenn die Eltern des hyperaktiven Kindes offen und kooperationsbereit sind.

In diesem Zusammenhang wird im folgenden Unterkapitel die Bedeutsamkeit der Zusammenarbeit zwischen LehrerInnen und Eltern des ADHS-Kindes beschrieben.

8.5. Zusammenarbeit mit den Eltern

Die Zusammenarbeit zwischen LehrerInnen und Eltern ist wesentlich für den Erfolg der pädagogischen und unterrichtsspezifischen Maßnahmen. Muss sich das Kind in der Schule an eine gewisse Regel halten, die zuhause jedoch nicht gilt, weiß das ADHS-Kind nicht, woran es ist (Imhof, 2003). Lernt das Kind beispielsweise in der Schule nicht herauszuschreien, sollten sich die Eltern überlegen, in welchem Rahmen sie zuhause darauf achten können, dass Gesprächsregeln eingehalten werden. Dem ADHS-Kind soll nicht der Eindruck vermittelt werden, dass die Lehrperson aus Schikane auf bestimmte Dinge beharrt. Umso besser die ErzieherInnen zusammenarbeiten, desto einheitlicher wird das Konzept, desto klarer

erkennt es, wonach es sich richten muss und was zu tun ist. Aufgrund dessen sind die Kooperation und der regelmäßige Kontakt zwischen LehrerInnen und Eltern des ADHS-Kindes eine grundlegende Voraussetzung. Imhof (2003) gibt an, dass eine Möglichkeit für den kontinuierlichen Kontakt ein Heft sein kann, über das sich Eltern und Lehrperson austauschen können, indem jeder seine Beobachtungen festhält. Auch ein persönliches Gespräch in der Sprechstunde bzw. ein Telefonat ist in regelmäßigen Abständen angebracht. Die Lehrperson soll darauf achten, dass sie auch von den Erfolgserlebnissen des ADHS-Kindes berichtet und den Fokus nicht ausschließlich auf die Probleme des/der Schülers/Schülerin legt.

Hat die Lehrkraft den Eindruck, dass die Probleme nicht ohne therapeutische Hilfe bewältigt werden können, dann wird den Eltern empfohlen, dass das Kind zur weiteren Abklärung bei dem schulpsychologischen Dienst, einem Kinderpsychotherapeuten oder einem Kinderpsychiater vorzustellen ist (Döpfner et al., 2000a).

Immer wieder kommt es vor, dass die Schule das kindliche Fehlverhalten als unerträglich ansieht und drängt die Eltern auf Abhilfe in Form von Veränderungen in den Erziehungsmaßnahmen (Lauth et al., 2007). Kommt es zu keinen Verbesserungen droht die Schule mit einer Klassenwiederholung, Versetzung in eine andere Klasse oder mit einer Überweisung an eine andere Schule oder die Umschulung in eine Sondereinrichtung. Diese Situation kompliziert sich meist noch dadurch, dass die Eltern des ADHS-Kindes die schulischen Probleme ihres Kindes nicht als so schwerwiegend wahrnehmen wie die LehrerInnen selbst. Dies lässt sich deswegen erklären, da Eltern und LehrerInnen verschiedene Ausschnitte des kindlichen Verhaltens erleben. Aufgrund dessen kann die Beziehung zwischen Eltern und LehrerIn erheblich belastet werden und dadurch die Zusammenarbeit gestört werden. Einerseits halten die Eltern die Einschätzung der LehrerInnen beispielsweise für übertrieben, weil sie die Probleme, die von der Schule geschildert werden, zuhause nicht beobachten, daher neigen sie rasch dazu, die Beurteilung der LehrerIn mit Überempfindlichkeit zu erklären. Andererseits fühlen sich die Eltern durch die Schule oft bevormundet, weil die LehrerInnen die Ursachen des kindlichen Fehlverhaltens allein in der elterlichen Erziehung suchen und aufgrund dessen erwarten, dass die Eltern das Problem aufheben. Solche Vorwürfe lösen keine Probleme, sondern fordern nur weitere heraus. Diese Verstrickungen entstehen

durch die Unklarheit der Ursache für die Problematik des ADHS-Kindes. Nützlicher wäre es allerdings, wenn die Erzieher ihre Kraft auf die Suche nach Lösungen konzentrieren. Der Streit über Ursachen führt nicht weit, da es auch nicht „die eine Ursache“ für ADHS gibt. Hierbei ist es von großer Bedeutung, dem Kind das Leben erträglicher und angenehmer zu machen und dafür angebrachte Wege zu finden (Lauth et al., 2007).

8.5.1. Tipps für die Eltern

Döpfner et al. (2000a) beschreiben einen Teufelskreis, in den Familien mit ADHS-Kindern, aber auch LehrerInnen geraten. Dieser Teufelskreis erfolgt in mehreren Phasen.

In der ersten Phase geben die Eltern ihrem hyperaktiven Kind eine Aufforderung. Folgt das Kind den Eltern, achten diese nicht weiter auf ihr Kind und beschäftigen sich mit alltäglichen Dingen wie Essen kochen, Zeitung lesen etc. weiter. Ein Kind mit ADHS folgt den Anweisungen der Eltern aufgrund ihrer Impulsivität und geringen Aufmerksamkeitsspanne meist nicht und hiermit beginnt der Teufelskreis.

In der zweiten Phase wiederholen die Eltern mehrmals ihre Aufforderung. Gewöhnlich werden sie bei jeder Wiederholung ärgerlicher und ihre Stimme immer lauter. Der Teufelskreis hält weiterhin an, wenn das ADHS-Kind wieder nicht reagiert. In diesem Fall beginnen die Eltern ihrem Kind mit Strafen zu drohen. In dieser Phase hat das Kind wieder die Möglichkeit irgendwann doch der Aufforderung der Eltern nachzukommen. Tut das Kind dies noch immer nicht, gerät man in die vierte Phase des Teufelskreises.

In dieser Situation tritt die Ratlosigkeit der Eltern ein. Nun haben die Eltern zwei Möglichkeiten um zu reagieren. Entweder sie geben nach und fordern von ihrem ADHS-Kind nicht mehr, was sie eigentlich wollten oder sie reagieren aggressiv auf das Kind. In diesem Teufelskreis sammelt das Kind verschiedene negative Erfahrungen, die dazu beisteuern, dass die Verhaltensprobleme weiter zunehmen.

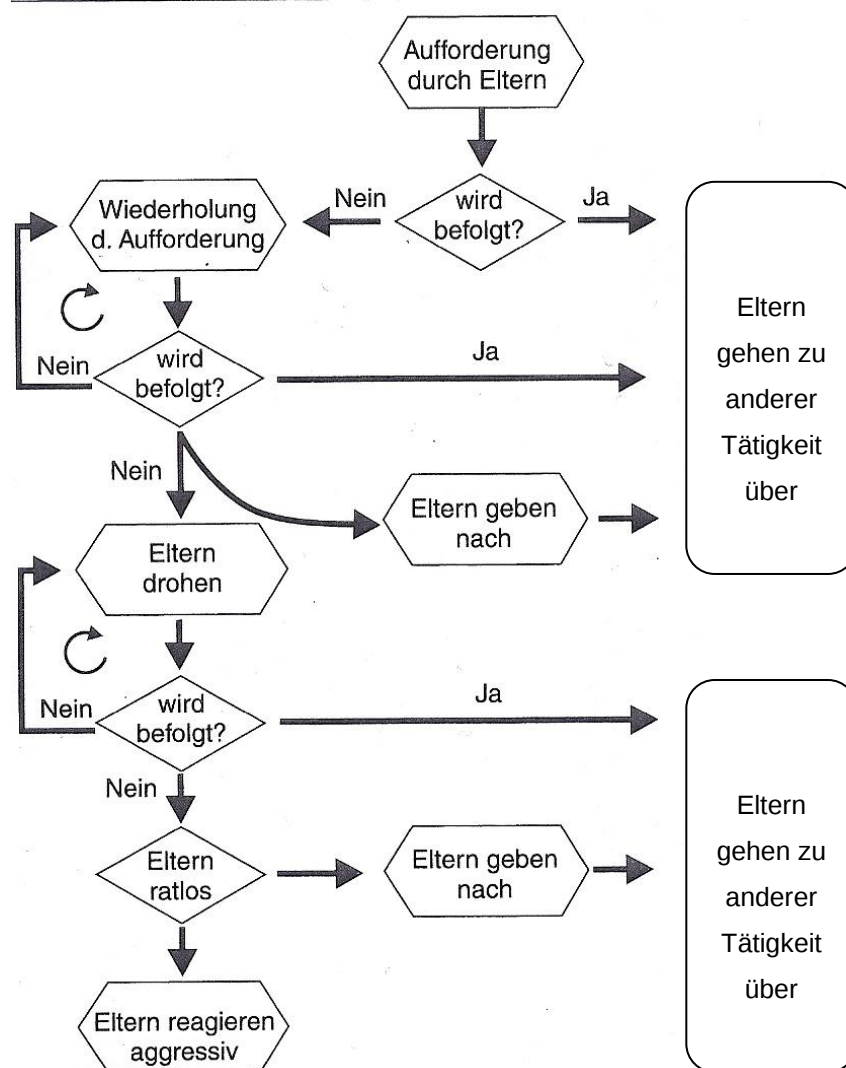
Das Kind lernt beim Nachgeben der Eltern, dass es die Nörgeleien seiner Eltern nur lange genug aushalten muss, um einer Aufforderung aus dem Weg zu gehen und dass es Drohungen seitens der Eltern nicht ernst nehmen muss.

Reagieren die Eltern aggressiv, lernt das hyperaktive Kind, wie man sich als körperlich Stärkere(r) durchsetzen muss. Demzufolge wird dem Kind vorgelebt, dass

Drohungen und gutes Zureden nicht helfen, sondern letztendlich der/die körperlich Stärker(e) gewinnt. Dies steigert das aggressive Verhalten des Kindes außerhalb der Familie. Bei einem nächsten Konflikt beispielsweise mit seinen MitschülerInnen wird er körperliche Gewalt anwenden.

Bedauernswerterweise machen das ADHS-Kind auch negative Erfahrungen, wenn es zu irgendeinem Zeitpunkt dann doch die Anweisungen der Eltern erledigt, denn die Eltern sind dann meist schon schwer genervt und verärgert und wenden sich anderen Tätigkeiten zu. Da diese Kinder oft sehr viel Kraft und Nerven kosten, ist es verständlich, wenn die Eltern schlussendlich das tun können, was sie die ganze Zeit schon vorhatten. Das hyperaktive Kind macht hierbei die Erfahrung, dass sein angemessenes Verhalten nicht weiter beachtet wird. Außerdem führt dies auch dazu, dass Eltern und Kind in der Folge ermahnend, schreiend oder drohend miteinander umgehen (Döpfner et al., 2000a).

Tabelle 7: Der Teufelskreis



(Döpfner et al., 2000a, 21, zitiert nach Barkley, 1987)

Zusammengefasst kann zu diesem Teufelskreis nach Barkley gesagt werden, dass das ADHS-Kind durch das Nachgeben der Eltern für sein Fehlverhalten belohnt oder durch das Vorbild der Eltern zu aggressivem Verhalten angeregt wird (Döpfner et al., 2002).

Laut Döpfner et al. (2000a, 25) müssen die Eltern den acht Grundprinzipien im Umgang mit ihrem hyperaktiven Kind beachten, damit dieser Teufelskreis umgangen werden kann:

1. Tun Sie etwas für sich selbst!
2. Versuchen Sie nicht, perfekt zu sein!
3. Stärken Sie die positive Beziehung zu Ihrem Kind!
4. Stellen Sie klare Regeln auf!
5. Loben Sie Ihr Kind!
6. Seien Sie konsequent!
7. Versuchen Sie, die Probleme vorherzusehen!
8. Behalten Sie die Übersicht!

Abschließend zu diesem Kapitel wird auf Döpfner, Lehmkuhl und Frölich (2000a, 30) verwiesen, die in ihrem „Ratgeber für hyperkinetische Störungen“ die elf wichtigsten Grundprinzipien zusammenfassen, die LehrerInnen im Umgang mit hyperkinetischen Kindern beachten sollten:

1. Behalten Sie die Übersicht!
2. Überprüfen Sie die Zusammensetzung der Klasse.
3. Überprüfen Sie die Organisation des Klassenzimmers.
4. Gestalten Sie den Unterricht möglichst strukturiert und abwechslungsreich.
5. Stärken Sie Ihre positive Beziehung zum Kind.
6. Sprechen Sie die Probleme an.
7. Stellen Sie klare Regeln auf.
8. Loben Sie das Kind häufig und unmittelbar.
9. Seien Sie konsequent.
10. Leiten Sie das Kind zur Selbstkontrolle an.
11. Halten Sie einen engen Kontakt zu den Eltern.

Werden diese Verhaltenstipps für Eltern und LehrerInnen gegenüber ADHS-Kindern eingehalten, führt dies zu einer positiven Beziehung und günstiger Interaktion zwischen hyperaktiven Kindern und Bezugspersonen und negative Verhaltensweisen der ADHS-Kinder können dadurch verbessert beziehungsweise reduziert werden.

9. Bildungszentrum Kiprax

Die folgende Ausführung über das Bildungszentrum Kiprax entstammt dem Vereinsprofil der Institution von Mag. Andrea Schuch-Brendel (2009). Sie umfasst Informationen über das Konzept des Bildungszentrums.

Das Bildungszentrum Kiprax wurde im Mai 2009 als gemeinnütziger Verein von Mag. Andrea Schuch Brendel in Wien gegründet. Das Ziel des Pilotprojektes ist es, Kinder mit ADHS und ADS in der Form des häuslichen Unterrichts zu betreuen. Das System des häuslichen Unterrichts ist mit verschiedenen gesetzlichen Auflagen verbunden. Die folgenden Ausführungen sollen einen Überblick über die notwendigen Sachverhalte zur Durchführung der Unterrichtsform bieten. Sie entstammen aus dem Gesetzestext zum Bereich des häuslichen Unterrichtes:

Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht durch Teilnahme an einem gleichwertigen Unterricht. Besuch von Privatschulen ohne Öffentlichkeitsrecht und häuslicher Unterricht.

§11. (1) Die allgemeine Schulpflicht kann-unbeschadet des §12- auch die Teilnahme am Unterricht an einer Privatschule ohne Öffentlichkeitsrecht erfüllt werden, sofern der Unterricht jenem an einer § 5 genannten Schule mindestens gleichwertig ist.

(2) Die allgemeine Schulpflicht kann ferner durch die Teilnahme an häuslichem Unterricht erfüllt werden, sofern der Unterricht jenem an einer im §5 genannten Schule- ausgenommen die Polytechnischen Schule- mindestens gleichwertig ist. (BGB1. Nr. 322/1975, Art, I Z 19)

(3) Die Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten haben die Teilnahme ihres Kindes an einem im Abs. 1 oder 2 genannten Unterricht dem Bezirksschulrat jeweils vor Beginn des Schuljahres anzuzeigen. Der Bezirksschulrat kann die Teilnahme an einem solchen Unterricht innerhalb eines Monats ab dem Einlangen der Anzeige untersagen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß die die im Abs. 1 oder 2 geforderte Gleichwertigkeit des Unterrichts nicht gegeben ist. Gegen die Entscheidung des Bezirksschulrates kann Berufung an den Landesschulrat erhoben werden;

gegen die Entscheidung des Landesschulrates ist kein ordentliches Rechtsmittel zulässig.

(4) Der zureichende Erfolg eines im Abs. 1 oder 2 genannten Unterrichts ist jährlich vor Schulschluss durch eine Prüfung an einer im § 5 genannten entsprechenden Schule nachzuweisen, soweit auch die Schüler dieser Schulen am Ende des Schuljahres beurteilt werden. Wird ein solcher Nachweis nicht erbracht, so hat der Bezirksschulrat anzuordnen, daß das Kind seine Schulpflicht im Sinne des § 5 zu erfüllen hat. Gegen die Entscheidung des Bezirksschulrates ist kein ordentliches Rechtsmittel zulässig (Bmukk, 2011,Seitenzahl einfügen =Internetquelle).

9.1. Konzept Bildungszentrum Kiprax

Das Bildungszentrum Kiprax gliedert die zu betreuenden Kinder in drei Stufen. Die erste Stufe, die sogenannte Grundstufe umfasst alle Schüler im Alter von sechs bis zehn Jahren. Die zweite und dritte Stufe wird in Sekundarstufe 1 und Sekundarstufe 2 gegliedert, wobei sich die erstgenannte auf die 10 bis 12-Jährigen bezieht. Des Weiteren ist in dieser Folge noch die Sekundarstufe 2 zu nennen, welche die Betreuung der 12 bis 15-Jährigen umfasst.

In weiterer Folge, soll es möglich werden diese Kinder wieder in ihre ehemaligen schulischen Institutionen zurückzuführen. Sollte dies nicht möglich sein, besteht die Option das Bildungszentrum bis zur Beendigung der Schulpflicht zu besuchen.

Es wird mit einem speziellen Konzept gearbeitet, welches an den Bedürfnissen der Kinder orientiert ist. Ins Besondere wird auf die individuelle Unterstützung der ADHS-Kinder Wert gelegt. Dadurch soll es ihnen erleichtert werden, Frustrationen besser zu ertragen und ihre Aufmerksamkeit und Durchhaltevermögen zu steigern. Ebenso sollen festgelegte Regeln für Halt und Struktur sorgen. Die Leistungsfähigkeit der Kinder wird damit verbessert, welche sich in Folge dessen auf das Selbstvertrauen der Kinder auswirkt. Des Weiteren werden die Aufmerksamkeitslenkung und die Selbststrukturierung durch die intensive pädagogische Betreuung verbessert.

Es wird mit eindeutigen kurzen Anweisungen und wenigen Regeln gearbeitet, die die Entwicklung der Kinder unterstützen sollen. Die spezielle Förderung von Lernerfolgen wird durch eine reizarme Raumgestaltung sowie durch kleinschrittiges und

strukturiertes Arbeiten forciert. Zudem werden mehrere kleine schriftliche beziehungsweise auch mündliche Tests zur Leistungsüberprüfung durchgeführt. Besonders hervorgehoben wird jedoch, dass den Kindern von Beginn an mit einer positiven Erwartung begegnet wird.

9.1.1. Konzept der Grundstufe

In weiterer Folge soll genauer auf das Konzept der Grundstufe eingegangen werden. Wie bereits erwähnt werden in dieser Stufe alle ADHS-Kinder von sechs bis zehn Jahren betreut. Um einen Einblick in die Unterrichtssituation zu liefern, soll der Tagesablauf chronologisch geschildert werden.

Tagesablauf

Zu Beginn des Tages wird ein Morgenkreis mit den Kindern veranstaltet. In diesem Rahmen, werden die Kinder auf den bevorstehenden Tag vorbereitet und informiert. Die Struktur des Tages wird dabei festgelegt und sie haben die Möglichkeit sich daran zu orientieren. In weiterer Folge wird jedes Kind nach seinem derzeitigen Befinden gefragt. Mit Hilfe von Smileys sollen sie versuchen ihre derzeitige Gefühlslage wahrzunehmen und in späterer Folge auch auszudrücken. Die visuellen Hilfsmittel sollen dabei als Orientierung dienen. Ebenso besteht für die Kinder die Möglichkeit, die Gründe für ihr Befinden zu nennen. Diese Information verhilft den PädagogInnen dazu, besser auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen.

Nach dieser Besprechung beginnt der Unterricht. Da sich die SchülerInnen in unterschiedlichen Schulstufen befinden, werden jedem einzelnen Kind seine Aufgaben zugewiesen. Diese soll es dann selbstständig erledigen. Benötigt ein Kind mehr Hilfe, so muss sich eine der PädagogInnen intensiver um die Betreuung bemühen, während die andere sich um weitere Probleme kümmert. Die Tische der Kinder sind speziell platziert. Durch ihre Anordnung blicken die Kinder in Richtung der Wand. Dies soll die Reizintensität und somit die Ablenkbarkeit verringern. Zwischen zwei solcher ausgerichteten Tisch besteht genügend Platz für einen weiteren Stuhl, der von den PädagogInnen dazu genutzt wird, sich intensiv um zwei Kinder kümmern zu können und gleichzeitig den Überblick über die Klassensituation zu behalten.

Der Unterricht beginnt immer mit dem Schulfach Deutsch. In der Zeit von einer Stunde sollen die Kinder aufgetragene Übungen erledigen. In dieser Phase des Unterrichts arbeiten die Schüler einzeln und selbstständig. Währenddessen gibt es kleinere und individuell angelegte Pausen, die die Kinder mit Erlaubnis der PädagogInnen in Anspruch nehmen dürfen.

In weiterer Folge findet eine halbstündige Jausenpause statt. In dieser Zeit sollen sich die Kinder entspannen, ihre Jause essen und spielen. Kurz vor der Fortsetzung des Unterrichts werden die Kinder auf das baldige Ende der Pause aufmerksam gemacht, damit sich diese darauf einstellen können.

Danach folgt das Unterrichtsfach Mathematik. Auch in dieser Phase arbeiten die Kinder vorwiegend alleine und selbstständig. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die SchülerInnen zu zweit eine Aufgabe bewältigen sollen oder auch ein älteres Kind ein jüngeres bei seinen Aufgaben unterstützt. Damit sollen Teamfähigkeit und die Bereitschaft zum Beziehungsaufbau gefördert werden. Auch hier dürfen die Kinder individuelle Pausen in Anspruch nehmen.

Nach dieser Stunde wechselt täglich das darauf folgende Unterrichtsfach. Dazu zählt Englisch, Sachunterricht, Musikerziehung und Werkunterricht. Während dieser Phase des Tages wird zumeist der Lehrstoff in der Gruppe aufgearbeitet. Auch hier geht es wieder darum sich gegenseitig zu unterstützen, abzusprechen, koordinieren und auch eigene Bedürfnisse zurückzunehmen. In den Beobachtungen zeigte sich, dass dies die schwierigste Situation für die Kinder darstellt und somit am konfliktreichsten ist. Um diese Situationen besser zu bewältigen, wurden in der ersten Schulwoche die Klassenregeln festgesetzt. Sie beschreiben, welches Verhalten erwünscht ist und welches nicht toleriert werden kann. Diese Regeln und die festen Rituale bieten den Kindern Struktur und Orientierung.

Am Ende eines Schultages wird wie auch zu Beginn eine Nachbesprechung durchgeführt. In diesem Rahmen soll der Vormittag besprochen und gemeinsam reflektiert werden. Dazu wird jedes Kind einzeln zu seiner Leistung und seinem Verhalten befragt. Es geht darum, dass die Kinder sich mit Hilfe der Smileys selbst einschätzen und bewerten, um eventuelles Fehlverhalten zu reflektieren und korrekte, sozial erwünschte Moral- und Wertvorstellungen zu entwickeln. Stimmt die Wahrnehmung des Kindes nicht mit der realen Situation überein, werden die positiven beziehungsweise negativen Aspekte des Tages noch einmal in Erinnerung gerufen. Die ADHS-Kinder sollen versuchen selbst zu erkennen welche Fehler

beziehungsweise guten Handlungen sie an diesem Tag vollbracht haben. Sind sie dazu kaum bis gar nicht in der Lage, dürfen sie auch die anderen Kinder unterstützen. Diese Bewertungen (+/ -/ ~) werden danach in das Klassenbuch eingetragen.

Pädagogische Maßnahmen

- Positive PädagogInnen-SchülerInnen-Beziehung

Zu den Zielen der pädagogischen Maßnahmen gehört es, sich um eine positive Beziehung zwischen PädagogInnen und SchülerInnen zu bemühen. Die Kinder sollen das Gefühl besitzen, geschätzt zu werden. Des Weiteren sollen sie erkennen, dass die Beziehung zu den Lehrpersonen beständig ist und sich auch nicht bei negativem Verhalten verändert. Der Fokus soll auf die individuellen Stärken des Kindes gelegt werden. Diese sollen bewusst wahrgenommen und in der pädagogischen Arbeit berücksichtigt werden.

- Regeln und Struktur

Um den Kindern im Rahmen des Unterrichts im Bildungszentrum Orientierung zu bieten, wird ein großer Wert auf Regeln und Grenzen gelegt. Diese wurden gemeinsam mit den Kindern zu Beginn des Schuljahres erarbeitet. Es wurden gemeinsam Gründe für die Notwendigkeit dieser Regeln gefunden und auch deren möglichen Konsequenzen besprochen, wenn diese nicht eingehalten werden. Die Kinder sollen genau über die Regeln und Strukturen Bescheid wissen, um diese dann auch umsetzen zu können. Gleichzeitig sehen sie sich auch als Exekutive, die andere dazu anhält, sich an diese Vorgaben zu halten.

Unterrichtsspezifische Maßnahmen

- Lob und Belohnungen

Um den Kindern sofort Rückmeldung für positive Leistungen und Verhaltensweisen zu geben, werden neben ständigem Lob auch kleine Belohnungen vergeben. Diese besitzen keinen hohen materiellen Wert, sondern sollen lediglich als Untermauerung der positiven Handlungen stehen. Diese Art der Belohnung wurde zusätzlich zu einem weiteren System der Anerkennung (Punkteschlange) hinzugefügt. In die sogenannte Punkteschlange werden dann Punkte eingetragen, wenn es ein Kind schafft sowohl in der Leistung als auch im Verhalten positive Bewertungen zu bekommen. Diese Wertung wird, wie bereits erwähnt, im Zuge der Nachbesprechung ermittelt. Hat das Kind sechs Punkte in seiner Punkteschlange erreicht, darf es einmal in die Schatzkiste greifen oder einmal auf seine Hausübung verzichten.

- Signalkarten

Um den Kindern sofortige Rückmeldung über negatives Verhalten zu geben, wird mit Signalkarten gearbeitet. Diese zeigen an, ob es entweder zu laut ist oder ein Kind eine Handlung, wie beispielsweise ein anderes Kind zu ärgern, einzustellen hat. Ebenso ist es möglich ein Kind vor einer Auszeit zu warnen. Dazu erhält es zwei Verwarnungen, die mit Gelb beziehungsweise Rot gekennzeichnet sind. Ignoriert das Kind diese Signale, so muss es aus der Klasse gehen und sich beruhigen.

- Time out

Das Time out wird in Folge der mündlichen Verwarnungen oder auch der Signalkarten angewendet. Diese Form der Konsequenz wird bereits zuvor einmal mit dem Kind besprochen. Es wird über die bestehenden Regeln dieser Methode aufgeklärt. Dazu wird es über den genauen Ablauf informiert. Das Kind wird dazu aus der Klasse begleitet und einem Platz zugewiesen. Dort soll es sein störendes Verhalten ablegen. Erst wenn die PädagogInnen es wieder in die Klasse rufen, darf es wieder am Unterricht teilnehmen. Das negative Verhalten wird dann im Rahmen der Nachbesprechung thematisiert und noch einmal mit Distanz betrachtet und reflektiert.

- Vereinbarungen mit dem Kind

Gibt es besonders schwerwiegende Regelverstöße, werden diese noch einmal zu Papier gebracht. Das Kind hat dann mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass es in Zukunft versuchen wird sich an die Regeln zu halten. In individuellen Fällen müssen auch die Eltern diese Vereinbarung unterschreiben.

- Ignorieren

Neben der Anwendung von Signalkarten, Time out und den individuellen Vereinbarungen, wird auch mit einer weiteren Methode zur Ablegung von unangebrachtem Verhalten gearbeitet. Da Kinder mit ADHS häufig versuchen die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und dabei auch zu störenden Haltungen neigen, muss dies dementsprechend unterbunden werden. Dazu wird das Verhalten des Kindes durchwegs ignoriert. Das Kind soll sowohl nicht angesehen, als auch nicht angesprochen werden, bis es sein Verhalten einstellt.

Klassenzimmer und Sitzordnung

Wie bereits zuvor beschrieben, wird der Klassenraum reizreduziert gestaltet. Die Arbeitstische der Kinder sind zur Wand gedreht. Damit soll die Aufmerksamkeit fokussierter in Richtung der Aufgabenstellung gelenkt werden. Ein besonderer Fokus wird auch auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes gelegt. Dieser soll nur aus den Arbeitsmaterialien bestehen, die in diesem Zusammenhang gerade von Notwendigkeit sind. Der Rest soll entweder im Rucksack oder in einer dafür vorgesehenen Kiste verstaut werden. Die Anordnung der Tische führt dazu, dass ein großer Bereich in der Klassenmitte frei von Gegenständen und Möbeln ist. In diesem Rahmen können die Kinder sich während ihren Pausen freier bewegen und ihn als Spielraum nutzen.

Bewegung und Entspannung

- Individuelle Pausen

Um der Aufmerksamkeitsspanne und dem Bewegungsdrang der Kinder gerecht zu werden, sind immer wieder individuelle Pausen in den Unterricht integriert. In dieser Zeit besitzen die Kinder die Möglichkeit sich selbstständig still zu beschäftigen. In diesem Rahmen können sie Energie tanken, um später wieder konzentrierter zu arbeiten.

- Phantasiereisen

Zwischenzeitlich werden bei Bedarf auch Phantasiereisen mit den Kindern durchgeführt. Dies geschieht häufig dann, wenn eine hohe Anspannung und Unruhe bei den Kindern zu bemerken ist. Das Angebot vermittelt ihnen, sich wieder auf eine ruhigere Ebene zu begeben und die Außenwelt für einen Moment auszublenden.

- Spielprojekt

Des Weiteren wird einmal pro Woche ein Spielprojekt am Nachmittag für die Kinder angeboten. Während dieser Zeit, sollen die Kinder die Möglichkeit besitzen sich mit ihrem Körper auf spielerischer Weise auseinanderzusetzen. Gleichzeitig sollen auch die sozialen Kompetenzen im Rahmen dieser Spielsituationen geschult werden. Das Nachmittagsprojekt ist ein weiterer Bestandteil des methodischen Vorgehens, in dem den Kindern Regeln vermittelt werden, die sie dann auch umsetzen lernen sollen.

Unterrichtsstrategie

- Routine und Struktur

Die Unterrichtsform im Bildungszentrum Kiprax ist von einer hohen Routine und Struktur geprägt. Es soll ein Rahmen geschaffen werden, an dem die Schüler sich orientieren können. Es sollen Beständigkeit und immer wieder kehrende Abläufe geschaffen werden. Gleichzeitig soll jedoch keine Langeweile bei den Kindern aufkommen. Der äußere Rahmen wie der Tagesablauf ist zwar immer gleich, jedoch werden einzelne Methoden innerhalb dieses Rahmens verändert werden. Dazu zählt ein Wechsel zwischen offenem Lernen, Gruppenarbeiten, Projekten, Lernspielen und

kreativem Arbeiten. Während diese Methoden jedoch wechseln können, sind die bestehenden Regeln trotzdem weiterhin gültig und zu beachten.

- Kurze Anweisungen

Um den Kindern Arbeitsaufträge zu erteilen, werden kurze Anweisungen genutzt. Den Schülern soll durch eine kurze Aussage klar gemacht werden, welche Aufgaben und Erwartung an sie gerichtet werden. Zudem sollen nur einzelne Arbeitsaufträge genannt werden und erst bei der Bewältigung dieser Aufgabe wird die nächste genannt. Damit sollen Erfolgserlebnisse bei den SchülerInnen gefördert werden.

- Methoden

Um bestimmte Erwartungen und Aufträge an die Kinder weiterzugeben, werden unterschiedliche Methoden herangezogen. Neben der sprachlichen Weitergabe werden auch nonverbale Mittel genutzt. Dazu zählen unter anderem die Signalkarten. Sie zeigen an, ob es in der Klasse zu laut ist, ob ein Kind statt zu rufen aufzeigen soll oder ein anderes negatives Verhalten eingestellt werden soll. In diesem Fall erhält das Kind eine gelbe Karte, welche vermittelt das dies seine erste Verwarnung ist. Stellt das Kind sein negatives Verhalten nicht ein, erhält es eine rote Karte. Wird auch diese nicht beachtet, muss das Kind die Klasse verlassen und im Rahmen des Time out sich wieder beruhigen.

- Lernfördernde Maßnahmen

Zur Unterrichtsstrategie zählt es auch lernfördernde Maßnahmen anzubieten. Dazu gehören Anschauungsobjekte aber auch lebensnahe Methoden. Beispielsweise soll das Kind die Möglichkeit besitzen abstrakte Aufgaben selbst umzusetzen. Unter Anderem sollen sie dazu angehalten werden mathematische Aufgaben mit realen Gegenständen durchzuführen (Abmessen).

Zudem werden auch außerhalb des Unterrichts Einzelförderungen angeboten. Diese können sowohl über einen längeren Zeitraum, als auch bei einem einzelnen für das Kind schwierigem Thema in Anspruch genommen werden.

9. 2. Resümee

Wie bereits im Kapitel 9 „Das Kind mit ADHS in der Schule“ ausführlich beschrieben, benötigen Kinder mit ADHS klare Regeln und Strukturen. Außerdem kommt der Lehrkraft eine besonders bedeutungsvolle Rolle zu, denn sie ist diejenige, die die Grenzen festsetzt und Autorität und Konsequenz ausstrahlt.

Diese eben genannten Aspekte werden auch im Bildungszentrum Kiprax verfolgt.

Gleichzeitig wird versucht auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder mit ADHS einzugehen, um diesen gerecht zu werden, bedarf es an mindestens zwei kompetenten Lehrpersonen. Im Rahmen dieses häuslichen Unterrichts wird darauf geachtet, dass die Anzahl von zehn SchülerInnen pro Klasse nicht überschritten wird. Eine Regelschule kann dieser Anforderung nicht nachkommen, da die Klassenstruktur auf eine höhere SchülerInnenanzahl ausgelegt ist, zudem werden die Kinder in Regelschulen aufgrund der beengten Klassenräume zum Sitzen gezwungen.

Durch die spezielle Sitzordnung der SchülerInnen im Bildungszentrum Kiprax, bietet der Raum mehr Möglichkeiten zu Bewegungs- und Entspannungsphasen. Des Weiteren haben die Kinder die Option beim offenen Lernen einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Klassenraumes zu wählen oder sich in einem Nebenraum zurückzuziehen. Üblicherweise findet in der Regelschule überwiegend Frontalunterricht statt, da dies für die Konzentration der ADHS-Kinder jedoch nicht förderlich ist, wird im Bildungszentrum Kiprax darauf weitgehend verzichtet.

Anstelle dessen wird der Fokus auf individuelle Betreuung der einzelnen Kinder gelegt. Ein weiterer Unterschied zur Regelschule stellt die reizarme Gestaltung des Raumes dar, damit die hyperaktiven Kinder ihre Aufmerksamkeit auf unterrichtsrelevante Inhalte fokussieren. Die Materialien sind auf das Notwendigste reduziert, werden weitere Materialien benötigt, sind diese griffbereit, um Ablenkung zu vermeiden. Im Gegensatz zur Regelschule sitzen die Kinder nicht in unmittelbarer Nähe zueinander, sondern arbeiten auf einem Einzeltisch, der zur Wand gerichtet ist.

Um den hyperaktiven Kindern Erfolgserlebnisse zu ermöglichen und die Aufmerksamkeitsspanne aufrecht zu erhalten, werden die Arbeitsaufträge in kleinere Teilbereiche zerlegt. Des Weiteren können die Kinder im Bildungszentrum Kiprax

individuelle Pausen in Anspruch nehmen. Im Vergleich zur Regelschule ist in den Pausen eine ständige Aufsicht der Lehrperson erforderlich, da die impulsive und teilweise aggressive Haltung der Kinder zu einer enormen Unruhe und einem Chaos führen würde.

Eine weitere Differenz besteht in der Auseinandersetzung mit dem Sozialverhalten. Im Bildungszentrum Kiprax sollen wenige klare Regeln zu einer Strukturierung des Miteinanders führen. Im Gegensatz zur Regelschule wird der Fokus intensiver auf die Entwicklung des Sozialverhaltens gerichtet. Die ADHS-Kinder sollen lernen, ihr Fehlverhalten zu reflektieren und Konsequenzen anzunehmen. Neben diesem Schwerpunkt ist das Ziel des Bildungszentrums Kiprax, die ADHS-SchülerInnen wieder in die Regelschule zu integrieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine regelmäßige Zusammenarbeit mit den Eltern notwendig.

10. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten

Die Aufmerksamkeitsstörung ist das Ergebnis einer geringen Selbststeuerung und wird daher als Störung der Regulationsfähigkeit angesehen. Die Ursache lässt sich nicht auf einen Hintergrund beziehen, sondern ist multifaktoriell bedingt. Aufgrund dessen, müssen biologische, psychologische und soziale Faktoren in die Analyse einbezogen werden (Lauth, Linderkamp, Schneider und Brack, 2008).

Bei der Auswahl der Therapie stößt man auf ein reichhaltiges Angebot, welches über eine Pharmakotherapie mit verschiedensten Substanzen, multimodale Therapie, Neurofeedback und Diäten reicht.

10.1. Pharmabehandlung

Die Behandlung eines Kindes mit ADHS kann in der Mehrzahl der Fälle relativ einfach und unkompliziert erfolgen. Nichtmedizinisches Fachpersonal, wie beispielsweise PsychologInnen, ErzieherInnen oder SozialarbeiterInnen, erweist sich bei den Behandlungen manchmal als äußerst notwendig und unerlässlich. Diese übernehmen allerdings nicht die volle Verantwortung für die entsprechende Therapie, da ihre Kompetenz nicht in der medikamentösen Therapie liegt (Wender, 2002).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wurde in der Vergangenheit mit unterschiedlichen Medikamenten, meist jedoch mit den sogenannten Stimulanzien, behandelt. Vor allem bei Kindern wirken diese sehr beruhigend und betäubend. Im Besonderen zählen dazu Amphetamine. Das häufigste und verbreitetste Medikament aus dieser Gruppe ist das sogenannte Ritalin. Die Wirksubstanz dieses Medikaments lautet Methylphenidat. Weitere Substanzen, die in der Pharmabehandlung eingesetzt werden, sind Fenetylin, Amphetamine, Methylphenidat und die dazugehörigen Produkte wie Captagon, Dexedrine, Cylert, ADderall usw. (Krowatschek, 2009).

10.1.1. Medikamentöse Behandlung durch Ritalin

Keller und Zierau (2004) berichten, dass Methylphenidat bereits im Jahr 1944 entdeckt wurde und seit 1954 im Verkehr. Anfangs wurde es aufgrund seiner

euphorisierenden und anregenden Wirkung bei depressiven Verstimmungen eingesetzt. Danach wurde es außerdem zur Gewichtsreduzierung aufgrund seiner appetithemmenden Eigenschaften verwendet. Seit 1971 wird es für ADHS eingesetzt, amtlich zugelassen ist es allerdings erst seit 1997.

Haubl (2010) spricht von einer Ritalin-Nation in den USA, denn 85% des Verbrauchs an Methylphenidat werden dort eingesetzt. Deutschland gehört im Vergleich mit den USA zu den gemäßigten Ländern. Jedoch hat auch hier der Verbrauch den neuesten Berichten nach zu einer drastischen Steigerung geführt. Denn der Verbrauch hat zwischen 1993 und 2006 von 24 auf 1221 Kilogramm pro Jahr zugenommen.

Lauth et al. (2007) beschreiben Ritalin als Aufputzmittel, denn sie regen Gebiete des Gehirns an, die für die Planung und Steigerung des Verhaltens verantwortlich sind. Der Blutfluss in den entsprechenden Gebieten des Gehirns wird durch die Einnahme von Methylphenidat deutlich verbessert. Dadurch kann die Wachheit in bestimmten Gehirnzentren gesteigert werden, was zur Folge hat, dass die Aufmerksamkeit des ADHS-Kindes gesteigert wird und die Selbstregulierung leichter stattfinden kann.

Krowatschek (2009) betont, dass Ritalin die größte Akzeptanz erhielt, da es unter allen Stimulanzien kein Amphetamin ist. Die zunehmende Popularität für Ritalin lässt sich durch ihre schnelle Wirksamkeit und deren nicht massiven Nebenwirkungen erklären.

Im Gegensatz zu Ritalin wirkt das Medikament Concerta zwölf Stunden lang. Ritalin ist allerdings nur in den USA, in Kanada und in der Schweiz erhältlich (Keller & Zierau, 2004). Österreich???

Nach etwa zwei Stunden der Einnahme, wird die beste Wirkung erzielt. In Bezug auf die Dosis wird bei Ritalin 0,3 mg pro Kilogramm des Gewichtes des Kindes verabreicht. Dies kann jedoch bis auf 0,8 mg erhöht werden (Krowatschek, 2009).

Krowatschek (2009) gibt außerdem an, dass sich bei 60 bis 90 % aller Kinder mit ADHS, Verhaltensschwierigkeiten und Schulprobleme durch Ritalin etwas verbessern. Fälschlicherweise wurde zunächst angenommen, dass ein Kind dann an ADHS leide, wenn Ritalin eine Wirkung zeige. Studien jedoch kamen zu dem Ergebnis, dass Stimulanzien auf normale Kinder die gleichen Auswirkungen zeigen. Zurzeit nimmt die Verbreitung der Einnahme von Ritalin bei Erwachsenen stark zu. In den letzten Jahren wurde eine Steigerung von 30 bis 40 % festgehalten. Hier stellt man sich die Frage nach einem Missbrauch der Stimulanz Ritalin. Die motorische

Unruhe und Impulsivität lassen durch Ritalin nach und die Aufmerksamkeitsspanne vergrößert sich. Außerdem konnte durch Studien gezeigt werden, dass das Schriftbild der ADHS-Kinder leserlicher wird.

Lauth et al. (2007) geben an, dass LehrerInnen und Eltern beobachten konnten, dass sich ADHS-Kinder während der Behandlung mit Stimulanzien „pflegeleichter“ verhalten, umgänglicher und Disziplinprobleme verringert sind.

Die häufigsten Nebenwirkungen treten gleich zu Beginn der Behandlung auf und zeigen sich durch Übelkeit, Appetitreduzierung und Einschlafschwierigkeiten. Zudem kommt es meist anfangs zu einer Steigerung der Herzfrequenz, die aber nach kurzer Zeit wieder nachlässt (Trott, 1993).

Wender (2002) nennt mit der Wachstumsstörung eine weitere Nebenwirkung der Stimulanzien. Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Wachstumsrate für eine Dauer von ein bis zwei Jahren verlangsamt ist und danach scheint sie sich wieder zu normalisieren.

Zu hohe Dosen an Stimulanzien wie Ritalin führen zu Nervosität, erhöhtem Herzschlag und auch zu Kopfschmerzen. Durch die vorliegenden Studien können zurzeit keine schwerwiegenden Schädigungen nachgewiesen werden (Krowatschek, 2009).

Jedoch weisen Keller und Zierau (2004, 53) darauf hin, dass selbst der Hersteller der Stimulans Ritalin, in der gesetzlich vorgeschriebenen Information für Fachpersonen folgendes bemerkt:

„Die Langzeit-Sicherheits- und Wirksamkeitsprofile von Ritalin SR sind noch nicht gänzlich bekannt. Deshalb sollten Patienten unter Langzeitbehandlung sorgfältig überwacht werden.“

Langzeitstudien von Stimulanzien in Bezug auf die Leistungsfähigkeit in der Schule stehen nach wie vor aus. Nehmen ADHS-Kinder Medikamente bereits über einen längeren Zeitraum ein, ist beobachtbar, dass diese beginnen sie abzulehnen. Zudem weisen Therapeuten darauf hin, dass das kreative Denken der Kinder eher eingeschränkt wird, das Kind sich teilweise apathisch verhält und nicht mehr viel Interesse zeigt (Krowatschek, 2009).

An dieser Stelle ist zu vermerken, dass es wichtig ist, einen Beobachtungsbogen nach Anleitung des/der Kinderarztes/Kinderärztin bzw. des/der

Kinderpsychiaters/Kinderpsychiaterin zu führen, bevor mit einer Medikation begonnen wird. Hiermit werden die wichtigsten Merkmale und Zeitpunkte von Fehlverhalten in einer Art Grundkurve erfasst. Diese Beobachtungen und Aufzeichnungen stellen die Grundlage für die Feststellung möglicher Nebenwirkungen und der Wirksamkeit des Medikaments dar (Lauth et al., 2007).

10.1.2. Kritik an der Medikation

Die Diskussion um die Medikation für ADHS-Kinder ist in der Fachliteratur strittig. Bei dieser Thematik gibt es sowohl VertreterInnen, als auch GegnerInnen.

Wender (2002) ist der Meinung, dass eine medikamentöse Behandlung die beste Lösung und auch die notwendigste für ein ADHS-Kind ist. Diese bildet die Basis für alle anschließenden Psychotherapien und pädagogischen Maßnahmen.

Keller & Zierau (2004) vertreten diese Meinung nicht. Sie glauben, dass man Medikamente zur Linderung der ADHS-Symptome nicht leichtfertig verschreiben werden sollten, denn bisher existieren keine Langzeitstudien, die Risiken für eventuelle Folgen ausschließen.

Trott (1993) beschreibt die Sorge der Eltern, die zum einen ist, dass ihr Kind von der Stimulans körperlich abhängig wird und zum anderen, dass ihr Kind in der Zukunft womöglich davon ausgeht, dass durch Medikamente Probleme gelöst werden.

Amft (2006) geht aufgrund des derzeitigen Ausmaßes der Ritalin-Verordnungen davon aus, dass nicht nur Kinder mit einer ADHS-Diagnose pharmakologisch behandelt werden, sondern auch Ritalin bei Kindern symptombezogen eingesetzt wird, um ein erwünschtes Verhalten vor allem in der Schule herbeizuführen.

Krowatschek (2009, 162) beschreibt im Folgenden einige Pro und Contra der Stimulans Ritalin:

- Ritalin verbessert kurzfristig die Konzentration und verringert motorische Aktivitäten sowie impulsives Verhalten. Für eine kurze Zeit erhöht es die Fügsamkeit des Kindes: Trotz und Aggressivität treten verringert auf. Die Interaktion mit den Familienmitgliedern und den Gleichaltrigen verläuft besser.

- Komplexe Fähigkeiten wie Lesen, Rechtschreiben, Sozialverhalten etc. werden unter Ritalin nicht verbessert. Starke seelische Probleme können mit Ritalin nicht gemindert werden. Komplexe Lernstörungen können nicht korrigiert werden. Ritalin bewirkt kurzfristige Verbesserungen bei der Bearbeitung von Klassenarbeiten: es erhöht die körperliche Leistungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen und die Bearbeitungsgeschwindigkeit. Die Verbesserungen treten auf, solange das Kind das Medikament nimmt.
- Es gibt keine Hinweise darauf, dass bei Kindern, die Ritalin nehmen, langfristige Verbesserungen erreicht werden.

Stiehler (2007) weist darauf hin, dass in den USA bereits 7 bis 10 % der SchülerInnen Stimulanzien erhalten, das sind vier bis fünf Millionen Kinder. In Deutschland nehmen mindestens 50 000 Kinder regelmäßig Methylphenidat ein. Der Verbrauch ist von 1993 bis 2011 um das 20-fache gestiegen. Methylphenidat und Amphetamine fallen in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz. Durch den rapiden Anstieg, zum Teil auch von ZahnärztInnen oder RöntgenspezialistInnen verschrieben, mahnte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Jahre 2002 und forderte eine strengere Verschreibungspraxis an.

Lehrkräfte, PsychologInnen, KinderärztInnen und Eltern haben das Problem, eine endgültige Stellung zu den Medikamenten zu finden. Viele wissenschaftliche Berichte betonen, dass Ritalin missbraucht wird und solche Stimulanzien zu häufig verschrieben werden. Krowatschek (2009) ist der Meinung, dass man sich gegen die Ansicht wehren muss, dass Ritalin und andere Stimulanzien als das wichtigste und einzige Behandlungsmittel bei Verhaltensproblemen von Kindern mit ADHS eingesetzt werden.

Es stellt sich hier die Frage, ob die Gesellschaft nicht aufgrund des rapiden Anstiegs der ADHS-Diagnosen und der entsprechenden medikamentösen Therapie ihre Reaktion auf die Bedürfnisse der Kindern überprüfen sollte.

Einige Veröffentlichungen in den Vereinigten Staaten setzen sich kritisch mit dieser Thematik auseinander. Sie beleuchten Themen, wie das rapide angestiegene Lebenstempo in den letzten Jahren, der Zeitmangel für Kinder durch zwei

vollbeschäftigte Elternteile, elektronische Medien und nennen diese als eigentliche Ursache für die Verhaltensprobleme der hyperaktiven Kinder (Krowatschek, 2009).

10.1.3. Rolle der Schule

Bei den meisten Kindern werden ADHS-Symptome zum ersten Mal in der Schule durch Lehrkräfte erkannt (Stiehler, 2007). Dies liegt daran, weil die typischen Merkmale besonders im schulischen Rahmen deutlich auftreten, denn schließlich ist hier längere Konzentration und Aufmerksamkeit als zu Hause gefordert. Lehrkräfte nehmen somit eine bedeutende Rolle im Diagnoseprozess ein, denn die Beobachtungen seitens der Lehrkraft können Anlass zu einer Untersuchung des Kindes sein und liefern wichtige zusätzliche Hinweise über die Ausprägung der Symptomatik. Letztendlich dienen die Beobachtungen in der Schule auch zur Überprüfung der Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen. Die Lehrkraft spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Die Beobachtung und Beurteilung der Lehrkraft kann Anlass für eine Diagnose-Untersuchung sein, auch wenn das Kind sich zu Hause als unauffällig erweist, denn das Kind verhält sich im kleineren familiären Kreis oft unproblematisch. Aufgrund dessen kann die Lehrkraft mit ihren Beobachtungen auch den Testergebnissen widersprechen. Im Zweifelsfall haben ihre Beobachtungen über das Kind im Unterricht mehr Bedeutung als diese der Eltern, KinderärztInnen oder PsychologInnen. Liegt eine starke Ausprägung einer ADHS-Symptomatik vor, ist das DSM-Kriterium einer „Beeinträchtigung der schulischen Funktionsfähigkeit“ erfüllt und eine Therapie erscheint erforderlich.

Stiehler (2007) gibt an, dass die Forderung, dass zwei oder mehrere Lebensbereiche betroffen sind, sehr großzügig gehandhabt werden kann, denn diese können durch eine leichte Ausprägung zu Hause und die schwere Ausprägung in der Schule als erfüllt angesehen werden. Die Wirksamkeit, Fortsetzung oder Änderung der Therapie hängt ebenfalls vom Urteil der Lehrperson ab. Bedenklich hierbei ist allerdings, dass Lehrkräfte zur Beurteilung einer Diagnose nicht ausgebildet sind und dies ihre Kompetenz möglicherweise überschreitet. Die Mehrzahl der Lehrpersonen fühlt sich jedoch zur Diagnose kompetent und verpflichtet.

Eine weitere Problematik stellt der Missbrauch einer ADHS-Diagnose dar, um finanzielle Zuschüsse zu erlangen. Finanzielle Anreize können den Druck auf Schulen erhöhen, eine unangemessene Diagnose zu akzeptieren. Nicht nur die

Schule sondern auch die Eltern der ADHS-Kinder erhalten monatliche finanzielle Unterstützung. Universitäten zeigen den Missbrauch von Ritalin als Aufputschmittel in Prüfungsphasen sowie die Erschleichung von Vergünstigungen unter dem Vorwand ADHS auf (Stiehler, 2007).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Stimulanzien eine nützliche und effektive Hilfe für den Notfall sind, denn Verbesserungen lassen sich damit allein nicht erreichen. Medikamente stellen einen gelegentlich notwendigen Therapiebaustein dar, der allerdings durch therapeutische Maßnahmen, wie beispielsweise Lerntraining, Verhaltenstherapie, Elternberatung usw. ergänzt werden muss (Lauth et al., 2007).

10.2. Ergotherapie

Die Ergotherapie macht es sich zur Aufgabe die Handlungskompetenz von Kindern in den Bereichen der Selbstversorgung, der Aktivitäten, aber auch der alltäglichen Routine und im Spiel zu analysieren. Dabei beziehen sie sich sowohl auch auf den Bereich im Kindergarten, der Schule aber auch auf das restliche soziale Leben (Winter, 2010). Da auch die hyperkinetische Störung Einschränkungen auf die Handlungskompetenz besitzt, stellt die Ergotherapie eine Behandlungsoption dar.

Ablauf der Therapie

Zu Beginn der Therapie werden dem Kind verschiedene Materialien zur Verfügung gestellt. Aus diesen kann es das auswählen, dass ihn am meisten begeistert. Dadurch ist die Motivation von Beginn an vorhanden. Im Rahmen der Übungen, wird das Kind nicht ständig mit seinen Problemen konfrontiert, sondern hat viele Erfolgserlebnisse. Treten Schwierigkeiten auf, werden dem ADHS-Kind Hilfen angeboten. Mit der Zeit soll es so lernen Probleme über das aktive Handeln und seinen sensomotorischen Fähigkeiten zu lösen. Die Lösung erfolgt zuerst über den Einsatz des gesamten Körpers, später über das Hantieren mit Materialien und in weiterer Folge über das Denken. Da die Motorik die Grundlage für

Handlungsfähigkeit darstellt, kann erst durch ihre Entwicklung auch das rationale und schulische Lernen erfolgen (Augustin, 1999).

Einzeltherapie

Im Rahmen der Einzeltherapie hat das ADHS-Kind die Möglichkeit verschiedene Dinge auszuprobieren und auf einzelne Aufgaben zu konzentrieren. Der Therapeut nimmt dabei eine beobachtende, abwartende Haltung ein. Erst wenn konkrete Probleme auftreten, versucht er sich einzubringen. Es werden Führungs- und Orientierungshilfen angeboten, die individuell auf das Kind abgestimmt sind. Der Therapeut versucht, dem Kind durch Anleitung einer Richtung vorzugeben, welche zu einem Erfolgserlebnis führt. Durch die ständige Erweiterung seiner Handlungskompetenz erlangt das Kind zu mehr Selbstbewusstsein. Gleichzeitig sollen aber nicht nur die Kinder in die Ergotherapie einbezogen werden, sondern auch die Eltern (Augustin, 1999).

Gruppentherapie

Während der Gruppentherapie ist das ADHS-Kind nicht mehr der alleinige Mittelpunkt der Therapie, sondern es muss sich die Aufmerksamkeit mit anderen Kindern teilen. Im Rahmen der Übungen, ist das Kind nun ebenso nicht mehr auf sich alleine gestellt sondern steht im Bezug zu anderen Kindern. Dies erfordert nun einen bedeutend höheren Anteil an Koordination, Bewegungssteuerung und Reaktionsvermögen. Zum selben Zeitpunkt besteht aber auch die Anforderung sich in einer Gruppe zu bewegen und zu positionieren. Es bestehen Situationen in denen das Kind sich zurücknehmen und dann aber auch mal wieder behaupten muss. Es muss sich in Geduld üben und auf andere Personen Rücksicht nehmen (Augustin, 1999).

Diese Vielzahl an Anforderungen, stellt eine schwierige Aufgabe an Kinder mit ADHS dar. Sich in einer Gruppe zu bewegen und Aktivitäten abzuwarten, anstatt den eigenen Impulsen zu folgen, gehören zu ihren häufigsten sozialen Problemen.

Ob und in welcher Form die Gruppentherapie für ein Kind passend ist, hängt von seiner individuellen Ausgangslage ab. Besitzt es große Probleme, so stellt die Arbeit in einer Gruppe oft eine Überforderung dar. Solche Beispiele können statt in einer

Gruppe auch in einer Zweierkonstellation arbeiten. Diese kann je nach Fortschritt auf eine Gruppe bis zu sechs Kindern ausgeweitet werden (Augustin, 1999).

Da jedoch die Probleme der Kinder mit hyperkinetischem Syndrom häufig vielschichtig sind, kann die Ergotherapie als alleinige Maßnahme nicht empfohlen werden. Es benötigt eine Aufarbeitung der Problematiken auf mehreren Ebenen die aber mit einer Ergotherapie verknüpft werden können. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Therapieangeboten ist dabei unerlässlich (Augustin, 1999).

10.3. Musiktherapie

Die Musiktherapie gehört zu den relativ jungen Methoden der Psychotherapie. Diese Art der Intervention kann kein Begründer zugeordnet werden und somit fällt die Einordnung in eine bestimmte theoretische Richtung schwierig aus. Die Variationen im Bereich der Musiktherapie sind jedoch vielfältig und hängen ins Besondere mit den persönlichen Neigungen der TherapeutInnen zusammen (Meyberg, 1999).

Musiktherapie und ADHS

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der Städtischen Kinderklinik in Oldenburg ist die Musiktherapie bereits seit fünfzehn Jahren als ein festes Behandlungskonzept für Kinder mit ADHS integriert. Zusammen mit anderen Formen der Interventionen ist es gemeinsam mit der Musiktherapie möglich ein umfangreiches Interventionsangebot zu schaffen (Meyberg, 1999).

Ziel der Therapie ist es den Kindern mit ADHS eine spielerische Auseinandersetzung mit Musik zu bieten. Diese kann dazu dienen eigene Gefühle wahrzunehmen und zugleich auch auszudrücken. Gleichzeitig können im Rahmen von Improvisationselementen Beziehungen aufgebaut und entwickelt werden (Meyberg, 1999).

10.3.1. Musiktherapeutische Schwerpunkte

Die folgenden Ausführungen, beziehen sich auf die musiktherapeutischen Schwerpunkte von Meyberg (1999), welche in Hinblick auf die Therapie für den

Erfolg unerlässlich sind. Sie fokussieren dabei nicht die Schwächen des Kindes, sondern beziehen diese in die musikalische Arbeit positiv ein.

Akzeptierung der Störung

Aspekte des Kindes, die in der Regel in seinem Umfeld als störend empfunden werden, können in die Musiktherapie eingebracht werden. Die motorische Unruhe wird durch das Spielen des Instrumentes als positiv und nicht als Störung empfunden. Das Kind erlangt zu einem Gefühl des Angenommen seins. Sein Selbstvertrauen wird zunehmend gestärkt, welches für die weiteren Therapiemaßnahmen bedeutsam ist.

Zentrierung

Um sich auf einen Gegenstand konzentrieren zu können, muss der Wunsch im Inneren verankert sein. Ein Bewusstsein für das eigene Selbst muss geschaffen werden, um dies zu erzielen. Dies kann in der Auseinandersetzung mit Instrumenten und Musik geschaffen werden (Meyberg, 1999).

„Das Bewusstsein des Kindes erfährt eine Intensivierung und Tiefung. Es erlebt sich als Ganzes und ist wieder fähig, aus seinem Zentrum heraus eigenständig und mit großer Gelassenheit zu handeln“ (Meyberg, 1999, S.188).

Das Instrument übernimmt während dieses Prozesses eine Vermittlungsfunktion. Es dient als Kontakt zur Innen- als auch zur Außenwelt (Meyberg, 1999).

Regeneration

Meyberg (1999) versteht die Hyperaktivität als Ausdruck nach der Suche nach sich selbst. Gleichzeitig sind andere Gefühle wie Unsicherheit, Aggressionen und Angst Stress auslösend. Therapie soll daher die Möglichkeit bieten sich davon zu erholen und gemeinsame Zeit zu verbringen. Musik stellt in diesem Zusammenhang ein wichtiges Medium zur Erlangung von Ruhe und Besinnung dar. In diesen Regenerationsphasen wird das Instrument nicht vom Kind selbst gespielt, sondern vom/von der Therapeuten/Therapeutin angewendet. Ziel dieses Schwerpunktes ist

es daher, das Kind mit solchen Situationen vertraut zu machen. Es soll die Erfahrung machen die Ruhe zu genießen und daraus neue Kraft zu erlangen.

10.4. Verhaltenstherapie

Trotz des mittlerweile großen Wissens über ADHS werde Betroffene häufig erst sehr spät therapiert. Zumeist sind die Ausprägungen der Verhaltensauffälligkeiten schon so groß, dass die schulischen Leistungen massiv nachgelassen haben und schwierige Konflikte mit anderen Personen zum Alltag gehören. Die Defizite die sich nun sowohl im intellektuellen, emotionalen und psychosozialen Bereich entwickelt haben, können mit Therapien verbessert werden (Spallek, 2001).

Die Verhaltenstherapie als ein multimodaler Ansatz, zählt zu den am weitesten evaluierten Behandlungsmöglichkeiten und wird daher in allen aktuellen Behandlungsleitlinien empfohlen (Wolff, Metternich und Döpfner, 2010).

Ziel der Verhaltenstherapie ist es, dem Kind eine bessere Regulierung seines Verhaltens beizubringen und es daher vor unüberlegten Handlungen zu schützen. Es wird davon ausgegangen, dass sowohl die Entwicklung als auch die Aufrechterhaltung der Störung durch Lernen erwirkt wurde. Daher soll dem Kind die Möglichkeit geboten werden, sein Verhalten neu zu erlernen. Basis dieser Therapie, sind daher die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die belegen, dass Verhaltensweisen die positiv Konsequenzen mit sich bringen beibehalten werden und Reaktionen, die zu Bestrafung führen, unterlassen werden (Lauth, Schlottke und Naumann, 2007).

Es gilt jedoch die unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu unterscheiden. Sie richtet sich nach der im Mittelpunkt stehenden Personen. Die Intervention kann daher Patientenzentriert, Eltern- und familienzentriert oder Kindergarten-/schulzentriert ausgerichtet sein (Wolff Metternich und Döpfner, 2010).

Wie bei Lauth et al. (2008) erwähnt, gilt es die Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung auf mehrere Therapiebausteine aufzubauen. Zu Beginn sollen die beteiligten Personen über Störung aufgeklärt und eine einheitliche Basis geschaffen werden.

Psychoedukative Maßnahmen

Alle Beteiligten sollen über das Störungsbild aufgeklärt werden. Jeder der teilnehmenden Personen, soll ein Bild über die „typischen Verhaltensweisen“ erlangen, um die Situation des Kindes besser zu verstehen. Meist bestehen bei den Bezugspersonen bereits Annahmen über die Ursachen der Aufmerksamkeitsstörung, die jedoch häufig nicht mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen übereinstimmen. Der/die TherapeutIn, ist daher dazu angehalten, aufzuklären und anschließend ein gemeinsames Erklärungsmodell, welches biologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt, zu erarbeiten. Ebenso gilt es zu klären, ob eine zusätzliche medikamentöse Behandlung durchzuführen ist. Nach den derzeitigen Leitlinien, ist diese nur dann empfohlen, wenn ausgeprägte situationsübergreifende Verhaltensprobleme oder auch eine krisenhafte Eltern-Kind-Beziehung vorliegt (Lauth et al., 2008).

10.4.1. Patientenzentrierte Intervention

Diese Art der Intervention richtet sich nach den Defiziten des ADHS-Kindes und orientiert sich daran. Es gilt daher entsprechende förderliche Fähigkeiten aufzubauen. Wolff, Metternich und Döpfner (2010) zählen die Störung der Aufmerksamkeit, mangelnde Impulskontrolle, Einschränkungen in den exekutiven Funktionen sowie eine geringe Selbstregulation zu den zentralen Problembereichen. Die im Folgenden genannten Verfahrenstechniken zählen zu den patientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen Interventionen. Die Verfasserinnen beziehen sich hier auf den Beitrag von Wolff, Metternich und Döpfner (2010).

Psychoedukationen und Interventionen zum Motivationsaufbau

Da es Kindern oftmals schwerfällt ihren Leidensdruck gezielt zu formulieren und ihn daher in eine Behandlungsmotivation umzuwandeln, steht zu Beginn der verhaltenstherapeutischen Maßnahme der Motivationsaufbau. Dazu wird spielerisch eine Beziehung zu dem/der Therapeuten/Therapeutin aufgebaut und in weiterer Folge das Kind über sein Störungsbild informiert. Die Therapiegeschichten aus dem

THOP-Programm, in dem ein Kind über seine Erfahrungen mit ADHS spricht, sollen dazu verhelfen eine gemeinsame Basis zu finden und dem Kind eine Möglichkeit zur Identifikation bieten.

Konzentrations- und Selbstinstruktionstraining

In diesem Teil des Programms, soll dem Kind eine bessere Verhaltenssteuerung vermittelt und ermöglicht werden. Selbstregulationsfähigkeiten und reflexive Problemlösung stellen das Ziel dieser Intervention dar. Zur Konfliktbewältigung werden Signalkarten zur Hilfe genommen, die das Kind dazu anleiten über sein weiteres Handeln nachzudenken.

Lauth, Schlottke und Naumann (2007) fassen die Ziele zur Selbstinstruktionsfähigkeit folgendermaßen zusammen:

- Das eigene Verhalten steuern, indem nicht sofort jedem Impuls gefolgt wird.
- Genaue Überlegung über eine Aufgabe oder eine soziale Situation anstellen und Lösungswege für Probleme finden.
- Alle Informationen durch genaues hinhören und hinschauen erlangen und für die Lösung von Aufgaben nutzen.

Ebenso gibt es eine Reihe an Programmen, um die Aufmerksamkeit des Kindes zu fördern. Dazu zählt beispielsweise das Marburger Konzentrationstraining von Dieter Krowatschek. Diese können sowohl im schulischen als auch therapeutischen Rahmen eingesetzt werden (Wolff, Metternich und Döpfner, 2010).

Spieltraining

Für Kinder, die aufgrund ihrer noch nicht ausreichend entwickelten Selbstkontrollfähigkeit für das Selbstinstruktionstraining nicht geeignet sind, bietet sich das Spieltraining an. Es zielt darauf ab die Ausdauer von Kindern zwischen drei und sechs Jahren, die hyperkinetisch auffällig sind, spielerisch zu steigern. Beiträge und genaue Möglichkeiten finden sich im THOP-Programm.

Soziales Kompetenztraining

Ziel dieser Intervention ist es, die sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten, indem seine sozialen Fertigkeiten geschult werden. Ins Besondere soll sich eine Verminderung des aggressiven Verhaltens gegenüber Gleichaltrigen einstellen. Auch oppositionelles Verhalten gegenüber Erwachsenen, kann in diesem Rahmen thematisiert werden. Es gilt zu beachten, dass die Bearbeitung der einzelnen Konfliktsituationen der Realität entspricht und somit für die Kinder und Jugendlichen einen direkten Bezug bietet.

Hierzu ergänzen Lauth, Schlottke und Naumann (2007) folgende Aspekte. Da Kinder mit Aufmerksamkeitsstörung oft auch soziale Probleme haben, gilt es sich in der Therapie mit diesem Sachverhalt auseinanderzusetzen. Da sie häufig frech, selbstbezogen, aufdringlich, störend und vorlaut sind und gleichzeitig oftmals andere provozieren und kritisieren sind ihre sozialen Kontakte von Konflikten geprägt. Zudem sind sie nicht sehr zuverlässig und verlieren schnell die Kontrolle über sich. Wie ein solches Kompetenztraining aufgebaut ist, wird im Folgenden geschildert:

- Problemsituationen werden von den TherapeutInnen „vorgespielt“. Gleichzeitig wird die Situation in ihren Einzelheiten analysiert. Es gilt zu definieren, welche sozialen Vorgänge zu dieser Problematik führen.
- Anschließend werden alternative Handlungsmuster erörtert. Ziel ist es, den Kindern die verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten und gleichzeitig ihre Konsequenzen aufzuzeigen.
- In weiterer Folge sollen die Kinder der Gruppe ihre neu erlernten Verhaltensweisen in Rollenspielen erproben. Die anderen Kinder beobachten die Spielsituation und geben Feedback. Sie sollen sowohl positive als auch negative Aspekte des Schauspiels erkennen.
- Im Laufe der Therapie sollen die Rollenspiele immer umfangreicher und komplexer werden. Es gilt eine immer alltagsnähere Situation herzustellen.

Selbstmanagement-Methoden

Im Rahmen dieser Methode werden die Kinder und Jugendlichen dazu angehalten sich und ihre Umgebung zu beobachten. Vor allem ihre Verhaltensprobleme sollen dabei in den Mittelpunkt gerückt werden. Ziel ist es, dass diese ihre Probleme bewusster wahrnehmen und ihnen gegenüber treten. Sie werden dazu angehalten sich Teilziele zu setzen um Erfolge zu erzielen.

10.4.2. Elternzentrierte Intervention

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die möglichen Interventionen, die durch Schulung und Aufklärung der Eltern herbei geführt werden. Die Erziehungsberechtigten sollen dazu angeleitet und befähigt werden, selbst Veränderungen bei ihrem ADHS-Kind zu bewirken. Dies kann im Zuge eines gezielten Elterntrainings erlernt werden. Ziel der Intervention ist es, von den Eltern als problematisch beschriebene Situationen heranzuziehen und anhand derer Möglichkeiten zu Verhaltensmodifikation zu vermitteln (Eisert, 1999).

Bevor die Eltern jedoch diese neu erlernten Methoden anwenden können, erfolgt eine Analyse der aktuellen familiären Situation. Bestehende Probleme sollen angesprochen werden, um sie gezielt zu bearbeiten. Dazu ist es von Notwendigkeit über die bisherigen Erziehungs- und Handlungsmuster der Eltern in Kenntnis gesetzt zu werden (Lauth et al., 2008).

An zweiter Stelle steht die Erhöhung der Verstärkerwirksamkeit der Erziehungsberechtigten. Da die Beziehung zu dem Kind häufig angespannt und belastet ist, bedarf es wieder einer positiven Annäherung. Um dies zu erzielen, eignet sich eine gemeinsame Spielzeit, in der Zeit für Gespräche und gemeinsame Unternehmungen ist (Lauth et al., 2008).

Nun gilt es sich den Methoden und Techniken im Umgang mit dem ADHS-Kind zu widmen. Wie bereits oben erwähnt soll an einer positiven Eltern-Kind-Beziehung gearbeitet werden. Ebenso ist es von Notwendigkeit, dass problematische Situationen erkannt und strukturiert werden. Die Verwendung von positiven Verstärkern soll zur einer Verminderung von Verhaltensproblemen führen (Wolff, Metternich und Döpfner, 2010).

Lauth et al. (2008) geben im Folgenden an:

Im Allgemeinen sehen diese Trainingsbausteine vor, dass die Eltern aufmerksames, zugewandtes und sozial konformes Verhalten einerseits gezielt verstärken und andererseits dieses Verhalten durch eine überlegte Situationsgestaltung (etwa für Hausaufgaben, Zu-Bett-Gehen, Mittagessen, Verwandtenbesuche, Anziehen am Morgen) vorbereiten. (S. 348)

Wird kein als positiv zu bewertendes Verhalten hervorgerufen, so müssen gezielte negative Konsequenzen angewendet werden (Wolff, Metternich und Döpfner, 2010). Die Eltern sollen daher folgendes lernen (Lauth, Schlottke und Naumann, 2007):

- Das Verhalten ihres Kindes soll günstiger beeinflusst werden.
- Der Alltag sollte so konzipiert sein, dass Problemsituationen vermieden werden.
- Die Art ihrer Anweisungen an das Kind, müssen so formuliert werden, dass das Kind diesen auch nachkommt.

Das Training wird unter genauer Anleitung des/der Therapeuten/Therapeutin durchgeführt. Weitere Schritte werden zuvor mit ihm/ihr besprochen, gegeben falls auch in einem Rollenspiel erprobt und danach erst von den Eltern umgesetzt. Im Zuge der Rückmeldung können Schwierigkeiten besprochen werden (Lauth et al., 2008).

10.4.3. Intervention im Kindergarten oder in der Schule

Da sich die hyperkinetische Störung zumeist in mehreren Lebensbereichen zeigt, ist es, um einen Behandlungserfolg zu erzielen, notwendig sowohl Erzieher als auch Lehrer in die Therapie einzubinden. Um notwendige Verhaltensänderungen im Alltag und in einer Bildungsinstitution zu erzielen, muss auch dort interveniert werden (Lauth et al., 2008).

Wie auch bei der elternzentrierten Intervention gilt es sich an den folgenden Punkten von Wolff Metternich und Döpfner (2010) zu orientieren:

- Der Aufbau einer positiven ErzieherIn-/LehrerIn-Kind-Beziehung muss zu Beginn einer jeden Intervention stehen.
- Danach gilt es schwierige Situationen mit dem ADHS-Kind aufzuzeigen. Zu Beginn sollte man sich immer der belastetsten Situation widmen.
- In weiterer Folge soll, wie bereits oben beschrieben, das Kind mit positiven Verstärkern zur Verminderung seines problematischen Verhaltens geführt werden.
- Negative Konsequenzen kommen bei nicht ausreichendem Erfolg des Verhaltens zum Einsatz.

Ein spezielles Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs-, und Beziehungsstörungen (SELBST) kann auch für Jugendliche mit ADHS eingesetzt werden. Prinzipiell liegt der Schwerpunkt dabei auf einer patientenzentrierten Intervention, kann aber auch Eltern und ErzieherInnen einbeziehen. Im Mittelpunkt des auf Leistungsverbesserung bezogenen Therapieprogramms stehen Interventionen zur Vermittlung von planerischen Fähigkeiten, Lernstrategien, und Lernorganisation. Hierbei können vor allem Eltern durch Erinnerungen und Verstärkung positive Entwicklungen erzielen. Zur Verbesserung der Mitarbeit und der generellen Leistungssteigerung ist die Lehrkraft in Absprache mit dem Jugendlichen, zu Rückmeldungen von angemessenem und unangemessenem Verhalten angehalten (Wolff, Metternich und Döpfner, 2010).

10.5. Diättherapie

Diese Art der Therapie kann als eine der umstrittensten angesehen werden. Da nur eine geringe Zahl an Studien über die Wirksamkeit von Diäten bei einer hyperkinetischen Störung vorliegt, wird diese Art der Therapie selten forciert. Für eine geringe Gruppe jedoch kann eine solche Diät zu einem Erfolg führen (Lauth et al., 2007).

Gleichzeitig ist zu bedenken, dass durch die Einführung einer Diät die gesamte Familiensituation verändert wird. Das Kind erhält eine große Menge an Aufmerksamkeit und eine positive Einstellung gegenüber der Therapie. Diese gilt als eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung. Zudem birgt eine

Diät häufig Risiken und Nachteile, die zuvor nicht bedacht werden. Große Gefahr besteht dann, wenn Vitamine ausgelassen werden und dies zu einer Mangelernährung führt. Zudem kann sich auch das Wohlbefinden des Kindes durch die Ernährungsumstellung zum Negativen wenden. Dies geschieht dann, wenn die Umsetzung der Diät zu Konflikten mit den Eltern führt oder das Kind aufgrund seiner Ernährung eine Außenseiterposition einnimmt (Schäfer, 1998).

Sollte man sich trotz der fehlenden Studien für eine Diät entscheiden, so empfehlen DiätbefürworterInnen wie Klammerodt (1999) pädagogische Überlegungen in der Umsetzung der Ernährungsumstellung mit einzubeziehen. Er gibt zu verstehen, dass ein liebevolles, aber auch konsequentes Erziehverhalten von Nöten ist, um den Verhaltensauffälligkeiten richtig zu begegnen. Im folgenden Beitrag sollen nun die bekanntesten Diättherapien vorgestellt werden.

10.5.1. Feingold-Diät

Diese Art der Ernährungsform, wird in der Literatur am häufigsten als Intervention gegen ADHS angegeben.

Eine solche Form der Therapie wurde 1973 vom kalifornischen Arzt Ben Feingold entwickelt. Er stellte sie erstmals im Rahmen des Jahrestreffens der Allergie-Sektion der American Medical Association vor. Er berichtete von Beobachtungen, welche belegten, dass überaktive und lernbehinderte Kinder durch diese Art der Diät zu einer Verhaltensänderung gelangen würden. Feingold ging von der Annahme aus, dass die Problematiken durch Nahrungsmittelzusätze (Farbstoffe und Konservierungsmittel) hervorgerufen werden würde. Im Rahmen seiner Forschung fasste er seine Erkenntnisse 1975 in dem Buch „Why your child is hyperactive“ zusammen (Lauth, Schlottke und Naumann, 2007). Bei dieser Art der Ernährungsumstellung sollen daher alle künstlichen Farbstoffe und einige Konservierungsstoffe ausgeschlossen werden. Gleichzeitig sollen auch Salizylate weggelassen werden. Diese sind jedoch häufig in Früchten vertreten und daher eigentlich ein wichtiger Bestandteil der Ernährung (Schäfer, 1998).

10.5.2. Hafer Diät

Eine weitere umstrittene Diätform wurde in den 80er Jahren bekannt. Sie wurde von der Apothekerin Hertha Hafer entwickelt. Die Gründe für ihre Auseinandersetzung mit der Thematik lagen in dem problematischen Verhalten ihres Adoptivsohns. Sie vertrat die Ansicht, dass Phosphatzusätze in den Nahrungsmitteln eine motorische Unruhe hervorrufen würden. Sie ging davon aus, dass diese Zusätze Hirnfunktionsstörungen auslösen würden, die das Gleichgewicht im Körper stören. Folgende Nahrungsmittel waren daher aufgrund ihrer Annahmen im Rahmen der Hafer-Diät verboten (Hafer, 1984, zitiert nach Windholz, 2003).

- Milch und Milchprodukte
- Coca Cola und die meisten Fruchtsäfte
- Haferprodukte sowie auch Müsli und Cornflakes
- Nüsse und alle Produkte mit diesen Bestandteilen
- Popcorn, Marzipan, Nougat, sowie Produkte aus Kakao und Schokolade

Die Hafer-Diät kann insofern kritisch betrachtet werden, da die für den Körper notwendigen Phosphate nicht mehr zugänglich sind und sie sich daher die Substanz aus den Knochen holt. Gleichzeitig ist die Wirksamkeit der Behandlung auf die gesteigerte Zuwendung der Eltern auf das Kind zurückzuführen. Das Kind erhält eine neue Position innerhalb der Familie. Dies trifft ebenso auch auf alle anderen Diätformen zu (Lauth et al., 2007).

10.5.3. Oligo-antigene Diät

Die Oligo antigene Diät geht davon aus, dass eine Nahrungsmittelunverträglichkeit dazu führt, dass eine hyperkinetische Störung auftritt.

„Es gilt, den Zusammenhang zwischen der Aufnahme des möglicherweise auslösenden Nahrungsmittels und der Beschwerdesymptomatik herauszufinden“ (Windholz, 2003, 89).

Im Rahmen dieser Diät, wird folgendermaßen vorgegangen (Lauth, Schlottke und Naumann, 2007):

- Zu Beginn, werden den Kindern in einer drei- bis vierwöchigen Phase, eine Grundnahrung zugeführt. Diese zählt erfahrungsgemäß zu den Nahrungsmitteln, die keine Allergien auslösen.
- Sind in diesem Zeitraum deutliche Verhaltensänderungen zu beobachten, werden immer wieder weitere Nahrungsmittel hinzugefügt bis die Symptomatik des hyperkinetischen Syndroms wieder zu beobachten ist.
- Dieses Nahrungsmittel wird daher in Folge dieser Erkenntnis aus der Ernährung des Kindes gestrichen. Die restlichen Substanzen dürfen wie zuvor vom Kind zu sich genommen werden.

10.6. Neurofeedbacktraining

Diese Art des Trainings stellt eine Form des Biofeedbacktrainings dar, welches die Hirnströme misst und dem Anwender am Monitor Rückmeldungen über sein Verhalten erteilt. Das Neurofeedbacktraining gehört zu den verhaltenstherapeutischen Interventionsmethoden, welches auf einer lerntheoretischen Annahme beruht. Drechsler (2010) gibt an:

Immer dann, wenn ein physiologischer Parameter eine im Trainingsprogramm definierte Schwelle erreicht, erfolgt eine positive Rückmeldung, z. B. in Form von Bonuspunkten. Über Versuch und Irrtum lernen die Teilnehmer nach und nach, wie sie sich verhalten müssen, um einen erwünschten Zustand zu erzeugen. (S. 156)

Beispielsweise kann für die TeilnehmerInnen bei der Anwendung des Gerätes die Aufgabe bestehen, seine elektrophysiologischen Gehirnaktivitäten so zu regulieren, dass ein Zustand entsteht, welcher als aufmerksam und wach bezeichnet werden kann (Drechsler, 2010).

Die erste Anwendung des Neurofeedbacktraining bei Kindern mit ADHS wurde bereits in den 1970er Jahren vollzogen. Mit einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu dieser Thematik wurde jedoch erst vor etwa fünfzehn Jahren begonnen. Mittlerweile erschienen zahlreiche Arbeiten, welche über eine positive

Entwicklung der ADHS-Kinder nach dem Biofeedbacktraining berichten. Quellen dieser Informationen sind oftmals Verhaltensbeurteilung von Seiten der Eltern und LehrerInnen der Kinder. Trotzdem konnte aufgrund unterschiedlichster Methoden keine Verallgemeinerung getroffen werden. Kritische Stimmen sprechen hingegen davon, dass durch das Stillsitzen und die bewusste Fokussierung die Aufmerksamkeit verbessert wird (Drechsler, 2010).

II. EMPIRISCHER TEIL

In diesem Kapitel werden der Gegenstand, das Forschungsziel, die methodische Vorgehensweise und die methodische Datenerhebungsphase beschrieben. Anschließend folgt eine Darstellung des Forschungsprozesses mit seinen verschiedenen Phasen. Die Auswertung der gesammelten Daten erfolgt nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Im darauf folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse dargelegt und anschließend interpretiert und diskutiert.

1. Forschungsteil

1.1. Gegenstand der Forschung

Der forschungsrelevante Gegenstand sind vier ADHS-Kinder aus dem Bildungszentrum Kiprax, die gleichzeitig im Bereich der sozialen Kompetenz Defizite aufweisen. Um unterschiedliche Perspektiven in die Erhebung einfließen zu lassen, wurden sowohl ein Erziehungsberechtigter jedes Kindes, als auch zwei Pädagoginnen des Instituts befragt.

1.2. Zielsetzung

Die Autorinnen möchten erforschen, ob und in welcher Weise sich das Sozialverhalten der ADHS-Kinder im Bildungszentrum Kiprax, welches sich intensiv mit dieser Verhaltensauffälligkeit beschäftigt, entwickelt. Ebenso sollen Erkenntnisse über die Wirksamkeit der schulischen Maßnahmen und pädagogischen Interventionen erhalten werden.

Evaluierung mittels Aktionsforschung

Die Zielsetzung der Aktionsforschung ist einerseits die Erkenntnis durch Reflexion und andererseits die Entwicklung durch Aktion. Die Praxis wird hierbei untersucht

und das Wissen darüber weiterentwickelt bzw. verbessert. Hiermit werden pädagogische Ziele der Schule gefördert (Altrichter, 1998).

Flick (1995) gibt an, dass die qualitative Evaluationsforschung versucht Organisationen, die in der Regel dem Bereich der Bildung zuzuordnen sind, durch Informationen über ihr Tun zu Änderungsprozessen anzuregen. Ziel der Forschung ist die Praxis zu verbessern. Damit die Evaluierung nicht subjektiv und somit verfälschungsgefährdet erscheint, wird durch Prüfkonzpte versucht, dem entgegenzuwirken. Die Triangulation spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Damit meint man, dass Aussagen, Informationen und Daten erst dann als wahr verstanden werden, wenn sie von einer anderen Quelle bestätigt worden sind. Wesentliche Forschungsziele der Evaluationsforschung sind die Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse und die Organisation, die Informationen verarbeitet und in Veränderungsprozessen umsetzt (Flick, 1995).

1.3. Methodische Vorgehensweise

Diese Evaluierung wurde nicht wie üblich durch unabhängige ForscherInnen durchgeführt. Die Erhebungen erfolgten durch Pädagoginnen, die ihren Unterricht erforschten und evaluierten. Um dennoch das Gütekriterium der Objektivität zu erreichen, wurde sich an der methodischen Vorgehensweise der Aktionsforschung nach Altrichter (1998) orientiert.

Für die empirische Erhebung wurden die Methoden des problemzentrierten Interviews, des Experteninterviews und des Kinderinterviews aus der qualitativen Forschung gewählt. Die Interviewformen sind den jeweiligen Zielgruppen angepasst und führen zu einem direkten Kontakt zur Lebenswelt der Beforschten. Als weitere Informationsquelle wurden die Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung nach Lueger herangezogen. Diese erstreckten sich von September 2010 bis Dezember 2010. Um Hintergrundinformationen über die ADHS-Kinder zu erlangen, wurden Aufzeichnungen von den Autorinnen in Form eines Tagebuchs vom Schuleintritt der einzelnen Kinder bis Februar 2011 und die Befunde und Anamnesen der Kinder verwendet.

1.3.1. Aktionsforschung

„Aktionsforschung ist Forschung, die von Personen betrieben wird, die von einer sozialen Situation direkt betroffen sind“ (Altrichter, 1998, 15).

Um ein objektives Ergebnis zu erreichen, sollten möglichst außenstehende Personen (Eltern, SchülerInnen) in die Forschung mit einbezogen werden. Diese Forschung beschäftigt sich mit Fragen, die mit der schulischen Praxis im Zusammenhang stehen. LehrerInnen übernehmen hierbei die Position als ForscherInnen und formulieren Fragestellungen aus ihrer eigenen Praxis, um Erkenntnisse zu gewinnen und schulische Verbesserungen herbeiführen zu können.

Altrichter (1998) führt folgende Zielvorstellungen für die Aktionsforschung an:

Aktionsforschung ist typischerweise durch ein doppeltes Ziel gekennzeichnet: Es wird gleichzeitig Erkenntnis (→ als Ergebnis von `Aktion´) angestrebt. Sie will sowohl die untersuchte Praxis als auch das Wissen über diese Praxis weiterentwickeln. Aktionsforschung hat weiters den Anspruch, mit den bestehenden Bedingungen der Lehreraarbeit vereinbart zu sein sowie durch die Art und Weise ihrer Gestaltung die pädagogischen Ziele der Schule zu fördern. Sie versteht sich auch als Beitrag zur Weiterentwicklung dieser Ziele und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen an der Schule. (S. 21)

Ein charakteristisches Merkmal von Aktionsforschung ist unter anderem die direkte Betroffenheit einer sozialen Situation der ForscherInnen. Im Bezug auf LehrerInnen als ForscherInnen ist die soziale Situation in diesem Fall der Unterricht. Es wird hierbei versucht, eine Verbesserung der derzeitigen Situation zu erreichen. Um eine positive Veränderung zu erlangen, müssen auch andere Betroffene wie Eltern, SchülerInnen, Schulverwaltung etc. in die Forschung involviert werden. Außerdem setzt die Aktionsforschung an Fragen der schulischen Praxis an. Eine weitere Eigenschaft der Aktionsforschung ist das Handeln in der Praxis und das Schlüsse-Ziehen aus der Handlungserfahrung, das heißt, dass Aktion und Reflexion eng miteinander verbunden sind.. Damit meint man, dass über einen längeren Zeitraum ForscherInnen Entwicklungs- und Forschungsarbeit am Ort ihrer Praxis betreiben,

indem Aktion und Reflexion immer wieder in Beziehung gebracht werden (Altrichter, 1998). Dieser Aspekt wird jedoch im Forschungsprozess der Verfasserinnen nicht berücksichtigt

Ebenso gibt Altrichter (1998) an, wie bedeutend das Sammeln und die Konfrontation von verschiedenen Perspektiven bei der Aktionsforschung sind. ForscherInnen sollen ihre eigenen Beobachtungen und Erfahrungen mit solchen von SchülerInnen oder Eltern vergleichen. Eventuelle Differenzen sind aufschlussreich für die Reflexion, denn sie bilden anregende Ausgangspunkte für die Weiterentwicklung von praktischen Theorien.

Für die qualitative Umsetzung der Forschungsarbeit werden unterschiedliche Informationsquellen (Interviews, Beobachtungen, Tagebücher) verwendet.

Altrichter (1998) führt an, dass das Führen eines Tagebuchs eine der wichtigsten Erhebungsmethoden für das Sammeln von Daten der forschenden LehrerInnen ist. Aufgrund dessen wurde seit Beginn der Beobachtung Tagebucheinträge gesammelt, um sich zusätzliche Informationen über die ADHS-Kinder zu verschaffen.

Als Lehrpersonen sind die ForscherInnen Teil des Untersuchungsgegenstandes. Um dennoch die Objektivität zu sichern, wird eine dritte Person zur Datenerhebung in Form einer direkten Beobachtung, eingesetzt.

Um Reliabilität zu gewährleisten, werden sowohl das Tagebuch, als auch die Beobachtungsbögen zur Feststellung eines typischen Verhaltensmusters angewendet. Diese Vorgehensweise hat sich über einen Zeitraum von einem halben Jahr erstreckt. Somit konnten Veränderungen im Sozialverhalten vom Schuleintritt der ADHS-Kinder in das Bildungszentrum Kiprax bis zur Auswertungsphase festgestellt werden.

Um im Forschungsprozess Validität zu erreichen, wurden die einzelnen Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsmethoden miteinander verglichen. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Erhebungsmethoden auf den gleichen Fokus zielen, nämlich der Entwicklung des Sozialverhaltens von ADHS-Volksschulkindern im Bildungszentrum Kiprax.

Tagebuch

Eines der wichtigsten Hilfsmittel für LehrerInnen zur Erhebung von Daten ist das Tagebuch. In den letzten Jahren hat das Forschungstagebuch in der Aktionsforschung mehr und mehr an Bedeutung gewonnen (Altrichter, 1998). LehrerInnen verwenden immer öfter in Fallstudien ein Tagebuch, um Gedanken, Beobachtungen und Pläne über den Unterricht festzuhalten. Außerdem können im Forschungstagebuch auch Daten, die durch andere Methoden erlangt wurden, dokumentiert werden. Neben Gedanken zum Forschungsprozess können daher auch Notizen zu einer Beobachtung oder zum Interview im Tagebuch festgehalten werden. Aufgrund dessen wird das Tagebuch für den Forscher zum Begleiter des eigenen Forschungs- und Entwicklungsprozesses. Einerseits werden wie bereits erwähnt die durch Beobachtung und Interviews gewonnen Daten im Forschungstagebuch festgehalten und andererseits werden die eigene Rolle als Forscherin und Reflexionen der Forschungsmethoden dokumentiert (Altrichter, 1998).

Zudem gibt Altrichter (1998) an, dass für eine schnelle Orientierung jede Notiz im Tagebuch durch Datum, Überschrift, Absätze, Seitenzahlen usw. gekennzeichnet werden soll. Neben Gedanken des Lehrers können auch Zeichnungen, Kopien von Dokumenten oder Arbeiten der SchülerInnen eingeklebt werden. Ebenso ist es hilfreich dem/der ForschungspartnerIn aus dem eigenen Tagebuch einzelne Textpassagen vorzulesen und darüber Gespräche zu führen, da dies oftmals einen förderlichen Effekt auf den weiteren Forschungsprozess hat. Neben beschreibenden Passagen sind auch interpretierende Passagen wie Gefühle, Interpretationen, eigene Vorannahmen und Vorurteile, Entwicklung von Theorien, Ideen usw. im Tagebuch enthalten. Theoretische Notizen entwickeln sich durch die Analyse von Daten, während Überlegungen und Gesprächen über das Forschungsvorhaben.

1.3.2. Interviewformen

Die gängigste Form der qualitativen Befragung ist das Leitfadeninterview. Aufgrund des Leitfadens und der darin angesprochenen Themen erlangt man ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse verschiedener Interviews vergleichbar macht. Jedoch lässt es auch genügend Spielraum, um spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen. Zudem ist es

auch möglich, Themen bei der Interviewauswertung herauszufiltern, die bei der Leitfadenkonzeption nicht antizipiert wurden (Bortz, 2006).

1.3.2.1. Experteninterview

Grundsätzlich zeichnet sich das Experteninterview durch den Aspekt aus, dass der/die InterviewpartnerInnenIn als Fachperson auf seinem/ihrer Gebiet gilt und darüber im Gespräch fundierte Aussagen treffen kann. „Der Befragte ist hier weniger als Person (wie z.B. bei biographischen Interviews), sondern in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsfelder interessant. Das Experteninterview bezieht sich auf einen klar definierten Wirklichkeitsausschnitt“ (Mayer, 2006, 37).

Zudem werden die erhobenen Informationen nicht als Aussage eines Einzelfalles betrachtet sondern viel mehr als repräsentative Informationen einer spezifischen Gruppe (Mayer, 2006).

Jedoch verlangt diese Art des Interviews eine besondere Art der Gesprächsführung. Pfadenhauer (2005) kritisiert, dass diesem wichtigen Aspekt in der vorrangegangenen Literatur zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Vor allem im Bereich des Interviewsettings beschreibt sie, wie unerlässlich eine Art der Interviewführung ist, die eine für den/die ExpertenIn vertraute Kommunikationsform darstellt. Keinesfalls sollte das Gespräch einem Verhör gleichkommen oder eine künstlich offen gehaltene Unterhaltung darstellen. Zudem wird verdeutlicht, dass sich der/die InterviewpartnerInnenIn mit dem Fachbereich des/der ExpertenIn auseinandergesetzt hat und somit keine Missverständnisse bei einer eventuellen Verwendung von Fachtermini entstehen können (Mayer, 2006).

„Dies impliziert, dass sich der Interviewer mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln möglichst viel von jenem – relativ exklusiven – Sonderwissen aneignet, das der Experte in der Regel in einem langwierigen (sekundären) Sozialisationsprozess erworben hat“ (Pfadenhauer, 2005, 125). Der/die InterviewerIn erlangt hierbei jedoch keinen ExpertInnenstatus, sondern wird wie bei Pfadenhauer (2005) allenfalls als Quasi-Expert(e)in titulierte.

1.3.2.2. Problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982) stellt eine Form des Interviews dar, beim dem der Leitfaden sehr offen und locker gehalten wird, um den Befragten für möglichst freien Erzählungen anzuregen. Zugleich wird diese Art von Interview als Verbindung von einer leitfadenorientierten und narrativen Gesprächsform betrachtet (Flick, 1995). Der Leitfaden wird vorerst vom Forscher erstellt und dient während des Interviews als Orientierung. Hierbei tritt der Gesprächscharakter stark in den Vordergrund, denn das problemzentrierte Interview bietet dem Befragten freies Erzählen. Vorab beginnt der/die ForscherIn sich theoretische Informationen durch entsprechende Literatur anzueignen. Aus dem angeeigneten Wissen schafft der/die ForscherIn einen thematischen Schwerpunkt, nämlich eine Problemzentrierung. Aufgrund dieser Basis kann der/die ForscherIn nun einen Interviewleitfaden entwickeln und gestalten. Es soll sich hierbei um offene Fragen handeln, die dem Befragten ausreichend Erzählfreiheit bieten (König, 2002).

Laut Flick (1995) ist die Dynamik der Datensammlung eng mit der Hauptaufgabe des/der Forscher(s)in verbunden, nämlich zwischen den Gesprächsfluss, der Leitfadenstruktur, als auch der begrenzten Zeit zu vermitteln.

Der Interviewablauf der problemzentrierten Form lässt sich in vier Phasen unterteilen. In der ersten Phase soll deutlich werden, dass bei dem Interviewgespräch das erzählerische Potential des Befragten im Vordergrund steht. Außerdem wird der Problembereich hierbei eingegrenzt.

In der Phase zwei versucht der/die ForscherIn dem Befragten einen Erzählstimulus anhand eines Erzählbeispiels aus dem Alltag zu bieten, um den/die Interviewte(n) in das Erzählen zu versetzen und auch um eventuelle Blockaden des/der Befragten zu lösen.

In der dritten Phase werden die Erzählsequenzen des/der Befragten durch den/die ForscherIn zusammengefasst wieder gegeben, um eventuelle Missverständnisse auszuschließen und um das Verstehen zu vertiefen. Bei Widersprüchen konfrontiert der/die InterviewerIn den/die Befragte(n) auf feinfühlige Weise.

In der letzten vierten Phase werden ad-hoc-Fragen gestellt, die dem Forscher die Möglichkeiten bieten, unbehandelte Themenbereiche und nicht gestellte Fragen des Leitfadens anzusprechen (Flick, 1995).

1.3.2.3. Interviews mit Kindern

Qualitative Verfahren in der Kindheitsforschung

Seit etwa vierzig Jahren hat sich das Forschungsfeld der Kindheit weit verzweigt und etabliert. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Forschungen wird nun versucht eine intensivere subjektive Perspektive einzunehmen. „Dazu gehören Einlassen auf die Gegenwart der Kinder; das Einlassen auf die Art und Weise, wie Kinder selbst auf Gegenwart zugreifen, d.h. auf die Konkretheit ihrer Selbstverfügungen; das Einlassen auf kindliche Selbst- und Weltverständnisse“ (Renner, Schneider, 2002, 10). Gleichzeitig betonen Renner und Schneider (2002), dass die Bearbeitung dieser Perspektiven nur mit einer entsprechenden qualitativen Methode erreicht werden kann. Trautmann (2010) gibt an:

Kinderinterviews liefern allgemein sehr viele Informationen über Einstellungen, Meinungen, das Verhalten, die Beweggründe für das Handeln und/oder Entwicklungsaspekte des Heranwachsens. Nachteilig wirken sich neben dem hohen zeitlichen und personellen Aufwand (Echtzeit) die erschwerte Abstraktion von dem eigentlichen situativen Handeln des Kindes aus. Auch der individuelle Stand der Verbalisierungsfähigkeit mancher Kinder ist noch nicht hinreichend. (S. 99)

Die möglichen Problematiken, die Trautmann (2010) beschreibt, können durch den direkten Bezug umgangen werden. Als Lehrerinnen und gleichzeitige Wissenschaftlerinnen, besitzen die Autorinnen einen direkten Bezug zur Lebenswelt des Kindes und können sich an deren Bedürfnissen orientieren und Fehleinschätzungen bzw. sozial erwünschte Antworten des Kindes im Interview erkennen.

Die Schwierigkeiten der Ausdrucksfähigkeit der Volksschulkinder können durch visuelle Anschauungsobjekte in Form von Bildern bzw. Smileys behoben werden.

Wie auch bei Trautmann (2010) beschrieben, wird das Interview mit ADHS-Kindern mit unterschiedlichen Methoden gestaltet. Ins Besondere hyperaktive Kinder benötigen eine Abwechslung in der Interviewführung, um ihre Aufmerksamkeit und

Motivation aufrecht zu erhalten. Durch das Einsetzen von Hilfsmitteln (Bildkarten) wird eine entspannte Atmosphäre erreicht, die einer Spielsituation gleicht.

Fragen, die sehr persönliche Themen betreffen, wie in etwa das Wohlbefinden der Kinder, verleiten dazu, eine sozial erwünschte Antwort zu geben, daher wird versucht, projektive Fragestellungen anzubieten (Altrichter, 1998). Um ein langsames Vertraut werden mit der Thematik des Fragebogens zu ermöglichen, sollten Fragen nach subjektiven Informationen (Einstellungen, Gefühlen) am Ende des Interviews erfolgen.

Um Interviews mit Kindern und Jugendlichen durchzuführen, müssen die Rahmenbedingungen in der Durchführung verändert werden. Die Bedürfnisse der jungen InterviewpartnerInnenInnen unterscheiden sich zu denen der Erwachsenen und müssen daher berücksichtigt werden.

Trautmann (2010) nennt folgende Gründe für die Spezialisierung der Methode bei Interviews mit Kindern:

- Kinder und Jugendliche besitzen eigene Denk-, Verhaltens- und Kommunikationsmuster. Im Rahmen der gewöhnlichen Interviewformen, werden diese nicht berücksichtigt und eignen sich daher nicht für die Erhebung.
- Da vor allem in der Sozialwissenschaft mit dieser Zielgruppe gearbeitet wird, bedarf es einer Methodenüberarbeitung, die dieser gerecht wird.
- Gleichzeitig wurde in der Vergangenheit den Aussagen von Kindern und Jugendlichen wenig Repräsentanz zugesprochen. Ins Besondere die Grenzen der Kommunikationsfähigkeit die durch methodische Vorgehensweisen nicht berücksichtigt werden, führten zu einer Verfälschung der Daten.
- Die jungen InterviewpartnerInnenInnen agieren aufgrund ihrer Denk- und Verhaltensmechanismen anders als Erwachsene. Dies muss sowohl in der Vorbereitung als auch in der späteren Analyse bedacht werden.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit, soll mir einem Leitfadeninterview gearbeitet werden, welches den Bedürfnissen der InterviewpartnerInnenInnen angepasst ist. Trautmann (2010) nennt diese Art des Interviews als einer der für Kinder und Jugendlichen am besten geeignetsten. In dieser Form der Befragung, kann das Kind

als partielle(r) Expert(e)in dienen, welcher unvoreingenommen Auskünfte erteilt. Gleichzeitig muss jedoch darauf geachtet werden, dass die zu bearbeitenden Punkte nicht streng nacheinander abgehakt werden. Der/die InterviewerIn muss für mögliche Richtungswechsel offen sein (Trautmann, 2010).

Probleme beim Kinderinterview

Bei der Durchführung von Interviews mit Kindern werden sehr viele Informationen erhoben. Diese betreffen sowohl Einstellungen, Meinungen, Verhalten und Beweggründe für Handlungen. Diese Masse an Daten bedeutet jedoch auch einen höheren Aufwand in der Bearbeitung. Zudem ist die Interpretation der Daten schwierig. „Nachteilig wirken sich neben dem hohen zeitlichen und personellen Aufwand (Echtzeit) die erschwerte Abstraktion von dem eigentlichen situativen Handeln des Kindes aus“ (Trautmann, 2010, 99).

In welcher Form die Kinder wirklich in der Realität agieren, kann mithilfe des Interviews nicht eindeutig festgestellt werden. Um dieser Problematik auszuweichen, wird im Rahmen der folgenden Forschung mit mehreren Informationsquellen gearbeitet. Sowohl die Eltern als auch die Pädagoginnen der Kinder liefern zusätzlichen Angaben über das Verhalten des Kindes.

Gestaltung des Kinderinterviews

Wie bereits zuvor beschrieben, soll die Durchführung der Interviews keinem Abfragen von Informationen gleichen. Vielmehr wird eine Interaktion forciert, welche mögliche Richtungs- und Themenwechsel zulässt. Zudem soll die Interviewsituation an den/der jeweiligen InterviewpartnerInnenIn angepasst sein. Im Rahmen dieser Forschung soll auf die Bedürfnisse von Kindern im Grundschulalter eingegangen werden.

Trautmann (2010) gibt folgende Beschreibung:

Gerade Kinder im Grundschulalter sind für jeden Methodenwechsel in der Interviewführung dankbar und lassen sich gern auf die Auswahl ein. Dabei sollte jedoch genug Zeit eingeplant werden, weil viele Heranwachsende sich viel Mühe zum Abwägen der Entscheidung nehmen. (S. 108)

Zudem leiden die zu befragenden Kinder an einer Aufmerksamkeitsstörung, welche durch Hyperaktivität begleitet ist. Vor allem diese Heranwachsenden benötigen eine Situation die viel Abwechslung mit sich bringt und somit die Motivation als auch die Aufmerksamkeit aufrecht erhält. Trautmann (2010) nennt diese Überlegungen auch „Einstellen auf die Zielgruppe“. Neben der Auseinandersetzung mit dem Konzentrations- und Aufmerksamkeitslevel muss sich der/die InterviewerIn auch mit dem Sprachverständnis der InterviewpartnerInnenInnen auseinandersetzen. Gleichzeitig muss er/sie sich auch mit der Zielgruppe und seiner/ihrer Lebenswelt beschäftigen. Es werden Kenntnisse über typische Freizeitaktivitäten, Medienkonsum und Idole benötigt (Trautmann, 2010).

Da den Autorinnen sowohl die Rolle als Forscherinnen als auch Pädagoginnen der Kinder zukommt, stellt dieser Aspekt keine Schwierigkeit dar. Sie kennen die Interessen und Vorlieben der Kinder und können im erforderlichen Maße darauf Bezug nehmen.

1.3.2.4. Beobachtung

Für die Beobachtung und Erforschung der vier ADHS-Kinder im Bildungszentrum Kiprax lehnten die Autorinnen sich an Dagmar Lueger (2005), die in ihrem Buch „Beobachtung leicht gemacht“ Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung erstellte. Lueger beschreibt hierbei die Entwicklungsbereiche Emotionen und soziales Verhalten. Egal, ob wir uns gut oder schlecht fühlen, wir fühlen immer. Emotionen bestimmen das Handeln und Empfinden der Menschen. Emotionen sind sowohl von psychischem, als auch physischen Erleben gekennzeichnet.

„Emotionen sind ein grundlegender Bestandteil menschlicher Existenz, da bestimmte Situationen Emotionen und damit gekoppelte Verhaltensweisen hervorrufen“ (Lueger, 2005, 85).

Gefühle und soziale Beziehungen spielen für die Entwicklung und das Wohlbefinden eines Menschen eine bedeutende Rolle. Da der Mensch ein soziales Wesen ist, ist er von Beziehungen und Emotionen anderer abhängig. Beim Gestalten von Beziehungen ist das Bewusstsein über eigenen Emotionen eine essentielle Funktion. Dieser Prozess findet ein Leben lang statt. Man spricht hierbei von Sozialisation,

wenn wir bestehende gesellschaftliche Werte und Normen in uns aufnehmen und sie zu unseren eigenen machen (Lueger, 2005).

Im Folgenden werden die verschiedenen Beobachtungsbereiche kurz erläutern. Wenn ein Kind sich anderen mitteilen kann, das es spezifische Gefühle spürt, wie z.B. Trauer, Freude oder Angst, so erhöht es seine Chancen auch entsprechende Reaktionen wie gestreichelt oder getröstet zu werden und kann damit ein Problem eventuell leichter lösen (Lueger, 2005).

Eine wichtige Rolle spielt hierbei auch die Körpersprache, denn ein Kind äußert sich beispielsweise durch den Ausdruck seines Gesichts. Es kann wütend blicken und kündigt somit seinem Gegenüber an, das es im nächsten Augenblick vielleicht aggressiv werden könnte. Dadurch wird das Gegenüber dazu gebracht entsprechend zu reagieren. Schon Säuglinge erkunden das Gesicht ihrer Mutter, um eine Hilfestellung für die Interpretation und die Reaktion in differenten Situationen zu erlangen. Demnach sind Emotionen und soziales Verhalten miteinander verbunden. Wir müssen imstande sein, unseren Ausdruck zu kontrollieren, um persönlichen und kulturellen Darstellungsregeln zu entsprechen. Infolge dessen müssen wir sozial angemessen reagieren können. Damit wir dem gerecht werden, müssen wir uns Kompetenzen aneignen (Lueger, 2005).

Lueger (2005) teilt die Kompetenzen in ihren Beobachtungsbögen in soziale und emotionale. Die emotionalen Kompetenzen beschäftigen sich mit dem Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand. Dazu gehören die Wahrnehmung eigener Gefühle, diese zu unterscheiden und auch benennen zu können, denn wer sich seinen Gefühlen bewusst ist, kann mit anderen Menschen besser verhandeln und sich in Konflikten besser durchsetzen. Außerdem zählt zu den emotionalen Kompetenzen auch das Verständnis der eigenen Emotionen und der Gefühlszustände anderer, denn dies ist eine wichtige Basis für die zwischenmenschliche Kommunikation, zu denen die nonverbalen Ausdrucksformen zählen. Zusätzlich spielt die Interpretation von Gefühlen anderer eine wichtige Rolle bei der emotionalen Kompetenz. Ebenso ist es bedeutend, seine Gefühle verbal zum Ausdruck bringen zu können, denn dies ermöglicht auch die Entwicklung von Empathie. Überdies muss man eine Fähigkeit zur Selbstregulation entwickeln, um sowohl negative als auch positive Gefühle bewältigen zu können. Ebenso spielt die personale Kompetenz hier eine wichtige Rolle, dazu zählen das Selbstwertgefühl, ein

positives Selbstkonzept, Kompetenzerleben, Autonomieerleben, Widerstandsfähigkeit und Kohärenzgefühl (Verständlichkeit, Überzeugung).

Zu den sozialen Kompetenzen zählt laut Lueger (2005) der Aufbau von Beziehungen, die von gegenseitigen Respekt und Sympathie gekennzeichnet sind. Zusätzlich gehört die Entwicklung von Empathie und Perspektivenübernahme dazu. Kooperationsfähigkeit (Zusammenarbeit mit anderen im täglichen Leben) und Konfliktmanagement (Konfliktlösung, Kompromisse finden) spielen genauso eine wesentliche Rolle bei den sozialen Kompetenzen. Es ist auch wichtig, Werthaltungen und Orientierungskompetenz, das heißt eine gewisse Sensibilität und Achtung gegenüber des Andersseins, zu entwickeln. Nebenbei muss man bei der sozialen Kompetenz Bereitschaft zur demokratischen Teilhabe beweisen. Damit ist gemeint, dass man Grundkenntnisse über den Staat und die Gesellschaft erlangt und Regeln akzeptiert und einhält. Außerdem soll man eine interkulturelle Kompetenz besitzen, um ein friedliches Miteinander von Individuen mit differenten kulturellen und sprachlichen Traditionen herzustellen.

1.4. Darstellung der Datenerhebung

1.4.1. Elternfragebogen

Ein(e) Erziehungsberechtigte(r) des Kindes beantwortete Fragen zu seinem Kind. Der erste Teil des Fragebogens befasste sich mit den Einstellungen der InterviewpartnerInnen zum Kind. Ein weiterer Bereich beschäftigte sich mit dem Sozialverhalten des Kindes, dabei sollten Veränderungen vom Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax bis zum Ende der Erhebung geschildert und beurteilt werden. Der letzte Teil des Fragebogens setzte sich mit der Zusammenarbeit der PädagogInnen der Institution mit den Eltern auseinander.

Interviewleitfaden der Eltern

1. Eltern – Kind – Beziehung

1.1. Wie empfinden Sie den Alltag mit ihrem Kind? (Belastung, Einstellung)

(1.1.1. positive/negative Verhaltensweisen und Eigenschaften des ADHS-Kindes?)

1.1.2. Worauf legen Sie im Umgang (Erziehung) mit Ihrem Kind Wert? (Regeln, Umgehen von Konflikten etc.)

1.1.3. Welche Unterschiede können Sie bei den PädagogInnen im Umgang mit Ihrem Kind feststellen?

1.2. Beschreiben Sie bitte Ihre Beziehung zu ihrem Kind vor dem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax und die jetzige? (Auswirkung auf die Familiensituation)

2. Sozialverhalten

2.1. Wie zeigte sich das Sozialverhalten Ihres Kindes zum Zeitpunkt des Schuleintritts und wie beurteilen Sie es zum jetzigen Zeitpunkt? (MitschülerInnen, Konflikt, Wohlbefinden, Freundschaften)

3. Zusammenarbeit mit den PädagogInnen

- 3.1. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den PädagogInnen des Bildungszentrums Kiprax? (Themen, Elterntraining)
- 3.2. Welche Ratschläge und Tipps erhalten Sie von den PädagogInnen für den Umgang mit Ihrem Kind und können Sie diese umsetzen?

Gibt es an dieser Stelle für Sie noch etwas Erwähnenswertes, worauf in diesem Interview noch nicht eingegangen wurde?

1.4.2. PädagogInnenfragebogen

Für die Erhebung wurden zwei Pädagoginnen zu den Themen Einstellung zu der Arbeit mit ADHS-Kindern, Entwicklung des Sozialverhaltens und pädagogische Fördermaßnahmen befragt.

Interviewleitfaden der PädagogInnen

1. Lehrer-Kind-Beziehung

- 1. 1. Wie empfinden Sie die Arbeit mit ADHS-Kindern? (Belastung, Einstellung)
(1.1.1. positive/negative Verhaltensweisen und Eigenschaften des ADHS-Kindes?)
- 1.2. Wie gestaltet sich Ihre Beziehung zu den einzelnen ADHS-Kindern und hat sich diese seit dem Schuleintritt verändert?

2. Pädagogische Maßnahmen

- 2.1. Beschreiben Sie bitte das Konzept des Bildungszentrums Kiprax und welche Vorteile sehen Sie für die ADHS-Kinder in dieser Unterrichtsform?
- 2.1. In welcher Art und Weise gestalten Sie den Unterricht für die ADHS-Volksschulklasse? (Päd. Maßnahmen, Fördermaßnahmen)

3. Sozialverhalten

- 3.1. Wie zeigte sich das Sozialverhalten der einzelnen ADHS-Kinder zum Zeitpunkt des Schuleintritts und wie beurteilen Sie es zum jetzigen Zeitpunkt?
- 3.2. Wie gestaltet sich die Beziehung zwischen den MitschülerInnen?
(Freundschaften, Kommunikation, Pause, Spielformen, Gruppenarbeit, empathisches Verhalten, Konflikte)
 - 3.2.1. Konnten Sie Veränderungen feststellen?

4. Fragen zur Zusammenarbeit mit den Eltern

- 4.1. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Eltern?
 - 4.1.1. Welche Formen der Unterstützung bieten Sie den Eltern für den Umgang mit Ihrem Kind an und glauben Sie, dass diese auch angewandt werden?

Gibt es an dieser Stelle für Sie noch etwas Erwähnenswertes, worauf in diesem Interview noch nicht eingegangen wurde?

1.4.3. Kinderfragebögen

Im Rahmen der Kinderinterviews wurden vier Kinder mit ADHS zu ihren Verhaltensweisen befragt, aus diesen Daten wurden Erkenntnisse über deren Selbsteinschätzung gewonnen. Des Weiteren wurden durch ihre Angaben Feststellungen über ihr Wohlbefinden im Bildungszentrum Kiprax erworben.

Interviewleitfaden der Kinder

1. Sozialverhalten

- Beispiele von Konfliktsituationen

Ich werde dir nun ein paar Bilder von Konflikten zeigen, die in einer Schule vorkommen können. Stell dir die Situation vor und sag mir, wie du dich verhalten würdest. (Antwortmöglichkeiten mit Bildern)

- Stell dir vor, du arbeitest in der Schule gerade am Computer und eine Mitschülerin kommt auf dich zu und stößt dich. Schau dir das Bild genau an und lies den Text in den Sprechblasen. Wie reagierst du?
 - Du sitzt in der Pause auf deinem Platz und liest etwas. Plötzlich wirft dir ein Kind einen nassen Tafelschwamm an den Kopf. Wie reagierst du?
 - Stell dir vor du spielst in der Pause mit deinen MitschülerInnen. Dann kommt ein Schüler auf dich zu und umarmt dich, obwohl du das nicht möchtest. Wie reagierst du?
- Bewertung von Schulsituationen (soziales/emotionales Verhalten)

Ich habe noch ein paar kurze Fragen und möchte von dir erfahren, ob du glaubst, dass ein bestimmtes Verhalten richtig oder falsch ist. (pos./neg. Smiley)

 - Stell dir vor, ein Mitschüler sagt etwas Gemeines zu dir. Du schreist ihn an und schlägst ihn. Hast du in diesem Fall richtig reagiert? Ja/Nein
 - Manche Kinder bestimmen in der Pause gerne was gespielt wird und anderen fällt es schwer zu bestimmen. Bestimmst du gerne, was gespielt wird? Ja/Nein
 - Während der Pause spielen deine MitschülerInnen gemeinsam ein Spiel. Du möchtest gerne mitspielen, aber sie lassen dich nicht. Beginnst du deswegen mit ihnen zu streiten? Ja/Nein
 - Stell dir vor, du hast dich in der Früh über etwas sehr geärgert und bist jetzt darüber traurig. Erzählst du jemanden davon in der Schule? Ja/Nein
 - Konfliktsituationen (Antwortmöglichkeiten in Bilderform)

Wir werden dir nun noch ein paar Fragen stellen. Du antwortest, indem du auf das Bild zeigst, dass du für richtig hältst. Du kannst auch mehrere Bilder auswählen.

 - Was machst du, wenn dich ein(e) MitschülerIn ärgert?
z.B. ich ignoriere ihn/sie, ich trete ihn/sie, ich erzähle es meiner LehrerIn;
 - Wie oft streitest du mit deinen FreundInnen?

- Was tust du bei einem Streit?
z.B. ich raufe mit ihm/ihr, ich frage meine(n) LehrerIn um Hilfe, ich gehe weg, ich versuche das Problem durch Bereden zu erklären;
 - Wie soll man sich bei einem Streit verhalten?
z.B. ich raufe mit ihm/ihr, ich schreie ihn/sie an, ich versuche mich mit ihm/ihr auszusprechen, ich verpetze ihn/sie bei dem/der LehrerIn?
 - Ein(e) MitschülerIn von dir weint, weil er sich weh getan hat. Wie reagierst du? z.B. ich gehe auf ihn/sie zu und frage was los ist, ich spiele/arbeite weiter, ich erzähle es meine(m)r LehrerIn;
- MitschülerInnen/Freunde
 - Hast du Freunde in deiner vorherigen Schule gehabt?
 - Verstehst du dich mit eine(m)r MitschülerIn besonders gut?
 - Mit wem spielst du in der Pause gerne?
 - Leihst du deinen MitschülerInnen gerne etwas, wenn sie z.B. einen Bleistift vergessen haben?
 - Hilfst du deinen MitschülerInnen gerne, wenn sie eine Aufgabe oder einen Arbeitsauftrag nicht verstehen?
 - Glaubst du, dass du seit dem Schuleintritt in die Kiprax netter zu den anderen Kindern bist?
- Wohlbefinden (mit Hilfe von Smileys)
 - Du bist jetzt seit einem halben Jahr im Bildungszentrum Kiprax. Wie hast du dir die Schule vorgestellt, bevor du das erste Mal hier warst? (Räumlichkeiten, LehrerInnen, SchülerInnen, HÜ, Leistung)
 - Wie gefällt es dir in der Kiprax?
(Warum gefällt es dir besonders gut bzw. schlecht?)
 - Was ist hier anders als in der vorherigen Schule? (Räumlichkeiten, LehrerInnen, SchülerInnen, HÜ, Leistung)
 - Warum glaubst du, dass du nun in diese Schule gehst?
 - In unserer Klasse gibt es verschiedene Regeln. Gibt es diese bei dir zuhause auch? Welche? (Belohnung/Bestrafung)

- Jeden Tag findet in der Kiprax ein Morgenkreis statt. Welches Smiley zeigst du am häufigsten, wenn dich die Lehrkraft fragt, wie es dir geht?
- Wie verstehst du dich mit den Lehrerinnen in deiner Klasse?
- Beschreibe deine Traumschule?
(Wie sollten die LehrerInnen sein? Was wünschst du dir von ihnen?)

1.4.4. Beobachtungsbögen

Zur Vervollständigung der Beobachtung, um das kindliche Verhalten und deren Entwicklung ausführlich zu beschreiben, dienen die Beobachtungsbögen, die sich von einem viermonatigen Zeitraum erstrecken. Außerdem dienten die Beobachtungsbögen nach Dagmar Lueger (2005) für eine ausführliche Beschreibung der vier ADHS-Kinder, die in ihrem Buch „Beobachtung leicht gemacht“ Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung erstellte. Die Beobachtungen erstrecken sich von Anfang September 2010 bis Ende Dezember 2010. Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Kinder näher eingegangen und mit Hilfe von diesen Falldarstellungen werden im Anschluss auf die häufigsten Beschwerden aufmerksam gemacht, mit denen Kindern mit ADHS in der Praxis vorgestellt werden. Die Beschreibungen sind bis auf die Namensänderungen wahr.

1.4.5. Falldarstellungen der ADHS-Kinder

Manuel

Entwicklung

Manuel ist im Jahr 2001 geboren und ist 9 Jahre alt. Die Geburt und Schwangerschaft ist normal verlaufen.

Diagnose

Seit September 2010 nimmt Manuel Concerta anstelle von Ritalin. Im Jahr 2010 konnte beobachtet werden, dass er in der Früh vor Beginn der Schule sehr

überdreht, laut und aufgedreht war. Nach der Hälfte des Schultags hatte er meist eine Stimmungsschwankung und wurde für eine halbe Stunde sehr ruhig und erweckte einen traurigen, depressiven Eindruck auf die Lehrpersonen.

Die ersten drei Wochen nach seiner Umstellung auf Concerta hatte er starke Stimmungsschwankungen und Wutausbrüche. Er zeigte verstärktes Verweigerungsverhalten gegenüber Arbeitsaufträgen und hatte starke Selbstzweifel, bezeichnete sich des Öfteren als dumm und hasste die Schule. Nach einigen Wochen besserte sich sein Verhalten wieder. Seit Anfang Dezember wurde ihm Concerta und Ritalin verschrieben. Mit dieser Kombination ist er nun einigermaßen gut eingestellt.

Familiensituation

Manuel hat einen jüngeren Bruder, der im Gegensatz zu ihm eine normale soziale Entwicklung durchläuft. Die Schwangerschaft von seinem Bruder verlief unauffällig und es gibt keine Probleme mit ihm zuhause.

Vor ein paar Jahren hatte seine Mutter eine Fehlgeburt. Dies beschäftigte Manuel sehr stark. Er äußerte immer wieder, dass er zu seinen verstorbenen Bruder in den Himmel wolle und dass er sich und alle anderen umbringen wolle. Außerdem log er sehr viel. Da seine Leistungen in der Regelschule schlecht waren und sein unangepasstes Verhalten immer auffälliger wurde, ließen ihn seine Eltern bei einem Psychologen testen, der ADHS bei Manuel diagnostizierte. Aufgrund dessen besuchte Manuel seit dem 2. Schuljahr der Volksschule das Bildungszentrum Kiprax in Wien, das im Rahmen von häuslichem Unterricht ausschließlich Kinder mit ADHS unterrichtet. Seine Mutter forciert stark den Besuch des Instituts, obwohl sie bzw. der Vater täglich eine Stunde Fahrzeit auf sich nehmen müssen.

Manuel lebt mit seiner Mutter, seinen Stiefvater und seinen Halbbruder im Burgenland. Er hat seinen leiblichen Vater nie kennen gelernt und glaubt bis dato, dass sein Stiefvater sein leiblicher Vater wäre. Manuels Stiefvater und seine Großeltern mütterlicherseits sind der Meinung, dass Manuel wieder die Regelschule im Burgenland besuchen sollte und dass er nicht an ADHS leide. Lediglich die Mutter möchte weiterhin, dass er das Bildungszentrum Kiprax besucht. Aufgrund dessen wurde Manuel Ende 2010 einen Schultag lang gefilmt, um den Großeltern und seinen Vater zu beweisen, dass Manuel an ADHS leidet. Seitdem sie diese

Videoaufzeichnung gesehen haben, verstehen sie warum Manuel das Bildungszentrum Kiprax besucht und dass er sich deutlich in seinem Verhalten von anderen Kindern unterscheidet.

Die Mutter lernt zuhause sehr viel mit ihrem Sohn und möchte unbedingt, dass er gute Leistungen und Noten in der Schule erzielt. Aus diesem Grund kommt es bei den täglichen Hausübungen und Lernsituation zu großen Streitereien. Alle Familienmitglieder können jedoch wesentliche Fortschritte in seinem Verhalten seit dem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax erkennen. Die vielen Reibereien zwischen Mutter und Sohn wirken sich auf die Beziehung zwischen Manuels Mutter und Stiefvater aus. Da der Vater mit der Situation überfordert ist, zieht er sich zurück, kommt meist erst spät abends nach Hause. Die Mutter ist mit der Situation stark überfordert und lässt ihren Frust oft an ihrem Kind aus. Sie gab zu, manchmal körperliche Gewalt bei ihm anzuwenden, wenn ihre Nerven blank liegen. Eskalieren die Konflikte in der Familie, verbringt Manuel viel Zeit bei seinen Großeltern, bei denen er sich sehr wohl fühlt. Nach Aussagen der Großeltern verhält er sich bei ihnen unauffällig und sie erleben ihn als sehr liebes Kind. Sein Großvater nimmt ihn zur Jagd mit und verbringt viel Zeit mit ihm. Nach einem verbrachten Wochenende bei seinen Großeltern wirkt Manuel am Wochenbeginn ausgeglichener und ruhiger. Laut Aussagen der Mutter verhält sich Manuel bei Familientreffen oder Treffen mit Freunden der Eltern unangepasst, möchte ständig im Mittelpunkt stehen und den Kasperl spielen.

Schulsituation

Manuel besuchte die 1. Klasse der Volksschule in einer Regelschule. Seit dem Schuljahr 2009/2010 besucht er den häuslichen Unterricht im Bildungszentrum Kiprax in Wien. In diesem Schuljahr wurde Manuel mit nur einem gleichaltrigen Mitschüler unterrichtet. Meistens vermittelte er einen sehr energiegeladen, mürrischen und launischen Eindruck auf die Lehrpersonen. Außerdem zeigte sich bei ihm eine sehr kurze Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsdauer beim Erledigen von Arbeitsaufträgen. Im Gegensatz zu seinen Leistungen in der Regelschule waren sie nach dem Schuleintritt im Bildungszentrum erheblich besser. Schwierigkeiten hatte er allerdings im Lesen. Seit dem Schuljahr 2010/2011, sein zweites Schuljahr in der

Kiprax, haben seine Leistungen etwas nachgelesen. Er erweist sich immer noch als sehr schwieriges Kind, das oft unzufrieden mit sich selbst ist.

Manuel braucht ständige Aufmerksamkeit von den Lehrerinnen und möchte stets im Mittelpunkt stehen.

Manuel ist ein sehr pessimistischer Bursche, der im Unterricht oft stört und laut ist. Bei Anweisungen von Arbeitsaufträgen reagiert er fast immer mit Verweigerungsverhalten. Er stört im Unterricht seine MitschülerInnen, in dem er ständig nörgelt, flucht und plappert. Häufig beginnt er zu weinen, wenn er seine Arbeiten nicht erledigen möchte. Mehrmals die Woche äußert er, dass er dumm sei und er die Schule hasse und er wieder in die Regelschule zurück wolle. Auffallend ist auch, dass er keine Freundschaften halten kann und er seine Pausen eher alleine verbringt, als mit den MitschülerInnen zu spielen. Obwohl er gelegentlich zur Sprache bringt, dass er uns LehrerInnen in der Kiprax nicht leiden kann, kann man doch sehr deutlich erkennen, dass er eine enge Bindung zu uns aufgebaut hat, da wir für ihn Ansprechpersonen sind, wenn er traurig ist oder Probleme hat und uns gerne private Dinge erzählt oder uns Fotos zeigt.

Die Weihnachtsferien 2010 verbrachte Manuel bei seinen Großeltern. Erfreulicherweise machte sich dies in der Schule positiv bemerkbar, denn seit Anfang des Jahres 2011 ist bei Manuel eine deutliche Verhaltensverbesserung erkennbar. Er stört seine MitschülerInnen weniger, verhält sich ruhiger und aufmerksamer und ist zum Teil bemüht, eine bessere Leistung zu erbringen.

Lea

Entwicklung

Lea wurde im Jahr 2002 geboren und ist nun 8 Jahre alt. Die Schwangerschaft von Fr. J. verlief unauffällig, jedoch wurde die Geburt im 8. Monat eingeleitet, da Fr. J. an Übelkeit und Schmerzen litt. Lea wurde nicht gestillt und war ein Schreibaby. Mit 10 Monaten begann sie zu sprechen und mit 12 Monaten zu gehen. Mit drei Jahren besuchte sie erstmals den Kindergarten, dort gab es allerdings Probleme wegen Unruhe des Kindes.

Diagnose

Ende 2008 wurde bei Lea von einem Psychologen ADHS diagnostiziert.

2006 wurde Lea zur psychologischen Diagnostik vorgestellt. Den Eltern bereitete die starke Unruhe des Mädchens Sorge, die sich in Wutanfällen und Verweigerungsverhalten ausdrückte. Bei dieser Diagnostik, bei der im Folgenden näher eingehen wird, kamen der WET (Wiener Entwicklungstest), der Mensch-Zeichentest und die freie Spielsituation zur Anwendung. Der Psychologin wurde bei diesen Tests deutlich, dass Lea beim Spielen oft um Hilfe bittet, obwohl sie feinmotorisch sehr geschickt agiert. Nur durch viel Unterstützung und Strukturierung kann das Mädchen eine begonnene Tätigkeit beenden. Lea hat zwar gute Ideen, was sie mit dem angebotenen Spielmaterial machen möchte, scheitert jedoch rasch an der Umsetzung. So wie auch im Verbalen, driftet sie im Tun immer weiter von der ursprünglichen Zielsetzung ab und verliert sich. Wird sie darauf hingewiesen, beginnt es rasch zu verweigern und versucht die ihr unangenehme Situation durch Verbalisieren abzulenken. In der Kraftdosierung zeigten sich deutliche Unsicherheiten. Altersentsprechende Ergebnisse zeigte Lea bei Tests zur Raum-Lage-Wahrnehmung, zum akustischen Kurzzeitgedächtnis und beim räumlichen Denken und beim visuell-räumlichen Kurzzeitgedächtnis. Deutliche Schwächen zeigte sie jedoch bei Aufgaben, die die Körperkoordination (Turnen) und die Orientierung in der Lebensumwelt (Quiz) überprüfen.

In der freien Spielsituation zeigte Lea ihre Probleme mit Grenzen sehr deutlich. Sie konnte nur schwer auf angebotene Inhalte einsteigen und reinszenierte ihre Konflikte im Spiel, ohne ihr Gegenüber einzubeziehen. Hierbei war das Mädchen allerdings lange und intensiv bei der Sache. Bei dieser psychologischen Diagnostik konnte festgestellt werden, dass Lea deutliche Defizite in der Aufmerksamkeitsspanne aufweist und eine minimale Frustrationsgrenze hat. Sie wusste um ihre Schwächen Bescheid und reagierte in der Testsituation rasch mit Verweigerungsverhalten. Die Psychologin empfahl den Eltern, um Leas Defizite zu bearbeiten, eine ergotherapeutische Begleitung.

Im Jahr 2007 fanden vier psychologische Behandlungen und eine Ergotherapie statt. Seit Anfang 2010 nimmt das Mädchen zwei Mal täglich, nämlich morgens und abends, Ritalin LA und Risperdion. Interessant scheint zu erwähnen, dass ihre Mutter seit einem Zahnarztbesuch Ende 2010 davon ausgeht, dass Lea durch eine Impfung

mit ADHS infiziert wurde. Der Zahnarzt hat Lea's Mutter diesen Unfug mitgeteilt. Fr. J. ist nun von dieser Information überzeugt und seit diesem Zeitpunkt bekommt Lea regelmäßig homöopathische Tropfen verabreicht, die von ihrem Zahnarzt verschrieben wurden, um ihre ADHS-Symptomatik zu reduzieren.

Familiensituation

Ihre Eltern sind seit 18 Jahren verheiratet, leben allerdings schon länger getrennt. Anfang 2011 lässt sich Fr. J. von ihrem Mann scheiden. Fr. J. ist 48 Jahre alt und arbeitslos, ihr Mann ist 43 Jahre alt und Angestellter. Lea leidet sehr unter den ständigen Streitereien ihrer Eltern. Lea hat eine engere Bindung zu ihrem Vater als zu ihrer Mutter. Leas Mutter ist von den Verhaltensauffälligkeiten ihrer Tochter sehr gestresst und ist der Meinung, dass der Vater das Kind zu sehr verwöhnt. Nach den Weihnachtsferien 2010 wurde Rhea von ihren Eltern mitgeteilt, dass sie sich in Kürze scheiden lassen werden. Was dies bei ihr bewirkte, wird im nächsten Punkt näher beschrieben.

Schulsituation

Bereits im Kindergarten wurden Verhaltensauffälligkeiten bei Lea entdeckt. Sie präsentierte sich als unruhiges, zappeliges Kind, das leicht ablenkbar und sprunghaft ist. Ebenso erwies sie sich als ein Mädchen, das ständig in Bewegung ist und nur sehr kurz still sitzen kann. Sie möchte stets im Mittelpunkt stehen.

Im Alter von sechs Jahren besuchte Lea in Wien eine Regelschule, wurde jedoch wegen unangepassten Verhalten suspendiert. Sie verhielt sich sehr aufgedreht und sprang und turnte durch das Klassenzimmer und biss und kratzte andere Kinder.

Mitte August 2010 kam sie in das Bildungszentrum Kiprax in Wien. Einerseits zeigte sich Lea anfangs als sehr ungeduldig, zappelig, stur und rechthaberisch, bei Forderungen oder gestellten Aufgaben reagierte sie mit Verweigerung. Das Mädchen versucht immer ihren Kopf durchzusetzen. Andererseits ist sie ein sehr freundliches, fleißiges, hilfsbereites und intelligentes Kind und ist für ihr Alter schon sehr reif und selbstständig.

Als Lea nach den Weihnachtsferien 2010 von der Scheidung ihrer Eltern erfuhr, änderte sich ihr Verhalten auf einen Schlag. In den folgenden drei Wochen bis zu den Semesterferien nahm Lea nur selten am Unterricht teil. Auf Aufforderungen seitens der Lehrpersonen reagierte sie mit trotzigem, sturen und aggressiven Verhalten. Entweder flüchtete sie aus der Klasse, oder sie begegnete ihren MitschülerInnen mit körperlicher Gewalt. Lea's Fehlverhalten wurde so gut wie möglich von den Lehrpersonen und MitschülerInnen ignoriert. Zeigte sie aggressives Verhalten gegenüber anderen wurde mit Time-out oder Klassenraumwechsel reagiert.

Nur selten konnten klärende Gespräche mit ihr geführt werden. War es einer Lehrperson möglich mit Lea gemeinsam ihr Fehlverhalten zu reflektieren, reagierte sie nur bedingt einsichtig. Sie empfand ihre MitschülerInnen als störend, die sie ständig auslachten. Um ihr Schutz und Rückzug zu gewähren, wurde ein Paravan um ihren Schultisch gestellt, damit die anderen SchülerInnen sie nicht sehen konnten und sie sich somit von ihrem Umfeld abgrenzen konnte. Fühlte sie sich beobachtet oder gestört, baute sie sich mit Decken und Pölstern eine Höhle, in dieser sie dann stundenlang mit ihrem Nintendo spielte. Nach ein bis zwei Wochen aggressivem Verhalten schaffte sie es, sich relativ ruhig und zurückgezogen in der Schule aufzuhalten. In den täglichen Nachbesprechungen gelang es ihr jedoch bis zu den Semesterferien 2011 nicht teilzunehmen. Versuchte sie es, scheiterte sie nach ein paar Minuten daran und begann ihre MitschülerInnen und LehrerInnen zu nerven und zu sekkieren. Ende Februar gelang es ihr sich wieder in den Schulalltag zu integrieren und am Unterricht wieder teilzunehmen. Ihre unangepassten und aggressiven Verhaltensweisen konnte sie mit der Zeit wieder ablegen, da sich die Familiensituation etwas entspannte.

Michaela

Entwicklung

Michaela wurde am 7.8.2003 geboren. Aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit ihrer Mutter, lebt sie bei einer Pflegefamilie. Die gesamte Entwicklung des Kindes war von Anfang an von Schwierigkeiten geprägt, die vor allen auf den Drogenkonsum der Mutter zurückzuführen sind.

Die folgenden Daten gehen aus den psychologischen und ärztlichen Befunden des Kindes hervor. Als Baby war es Michaela aufgrund ihrer stark verzögerten Entwicklung nicht möglich ihre Bedürfnisse zu zeigen. Sie schlief viel und lernte erst sehr spät Krabbeln und Gehen. Im Kindergarten, den sie mit 2 ½ Jahren besuchte, spielte sie eher alleine als mit anderen Kindern. Im psychologischen Befund wird sie als ein sehr offenes und fröhliches Mädchen beschrieben, das neugierig auf die Umwelt reagiert. Sie zeigt eine deutliche motorische Unruhe und kann sich nicht über einen längeren Zeitraum mit einem Spiel beschäftigen. Ebenso wird sie als häufig abwesend beschrieben. Gleichzeitig lässt sie sich sehr schnell von äußeren Reizen ablenken.

Kognitiven Leistungsaufgaben versucht sie aus dem Weg zu gehen. Nur unter erhöhtem Energieaufwand und mehreren Bewegungspausen kann sie diese bis zum Ende durchführen. Ebenso werden bei ihr massive Defizite im Wahrnehmungsbereich festgestellt. Ebenso besitzt sie große Defizite im Bereich der Handlungsplanung. Ihre IQ-Werte liegen im durchschnittlichen Bereich. Im Jahr 2009 wurde bei ihr die Diagnose ADHS gestellt. Seit diesem Zeitpunkt bekommt sie täglich 20mg Ritalin. Des Weiteren wurde bei ihr ebenso eine emotionale Störung des Kindesalters diagnostiziert.

Im Herbst 2009 kommt Michaela in die Vorschule, wo sie ebenfalls deutliche Probleme durch ihre körperliche Unruhe und ihre Konzentrationsschwierigkeiten hatte. Ihre Schultasche, aber auch ihr Zimmer zuhause, werden als Chaos beschrieben. Die Mutter schildert die Angst, dass Michaela nicht in die erste Klasse der Volksschule übernommen wird.

Übergang ins Bildungszentrum Kiprax

Michaela wurde im September von ihrer Pflegemutter im Bildungszentrum Kiprax vorgestellt. Zuvor hatte sie bereits seit ihrem Schuleintritt im September 2010 dreimal die Volksschule wechseln müssen. Gründe dafür bestanden in ihrem Verhalten.

Bei ihrem Schnuppertag im Bildungszentrum Kiprax war Michaela sehr eingeschüchtert. Dies zeigte sich indem sie sich nicht einmal in Begleitung ihrer Pflegemutter ins Klassenzimmer wagte. Erst durch den Kontakt zu anderen Kindern konnte sie ihre Ängste überwinden. Ihre Pflegemutter führte ihre extreme Verunsicherung auf die häufigen Schulwechsel innerhalb der drei Wochen davor

zurück. Der weitere Tag verlief sehr ruhig. Michaela führte ihre Arbeitsaufträge sehr motiviert durch. Erst gegen Ende des Tages wurde sie immer unruhiger und begann die anderen Kinder zu ärgern und körperlich anzugreifen. Auf Ermahnungen reagierte sie gar nicht. Viel mehr spornte sie die erhöhte Aufmerksamkeit der Kinder und PädagogInnen zu weiterem negativen Verhalten an. Dies äußerte sich darin, dass sie durch das Klassenzimmer rannte und beim Stoppen ihrer Aktivität mit Anspucken drohte.

Am Ende des Tages wurde Michaela, so wie die anderen Kinder auch, dazu angehalten ihre Leistung und aber auch ihr Verhalten zu reflektieren. Zur Unterstützung dienen dabei drei verschiedene Arten von Smileys. Ein lachendes, ein neutrales und ein trauriges Gesicht. Michaela war nicht in der Lage ihre Situation einzuschätzen. Um ihr trotzdem Feedback zu geben wurden die restlichen Kinder der Klasse dazu angehalten, positive und aber auch negative Aspekte ihres Probetages zu schildern. Diese Art der Konfrontation war für Michaela sehr unangenehm. Dies zeigte sie durch Ohren zuhalten.

David

Entwicklung

David wird am 17.06.2000 in Wien geboren. In Absprache mit seiner Mutter wurde das Sorgerecht aufgrund gesundheitlicher Probleme im November 2011 auf die mütterlichen Großeltern übertragen. Der Vater erhebt keinen Anspruch auf das Sorgerecht und hat zudem so gut wie keinen Kontakt zu seinem Sohn. Da die Großeltern der Verantwortung für David nicht gewachsen waren, unterstütze sie eine Nichte ihrerseits. Zu Beginn betreute sie David nur am Nachmittag, wenn er von der Schule heimkam. Mittlerweile wohnt er die gesamte Zeit bei ihr und verbringt nur noch die Wochenenden bei seinen Großeltern.

Ab dem 18. Lebensmonat besuchte er eine Kinderkrippe, wo er durch seine motorische Unruhe und Konflikten mit anderen Kindern auffiel. Zu diesem Zeitpunkt suchten die Erziehungsberechtigten eine Ergotherapie für David auf. Ab dem dritten Lebensjahr besuchte er einen Integrationskindergarten. Später wurde er als Integrationskind in einer normalen Klasse weiter beschult.

Im Jahr 2004 wird von einer Psychologin Anzeichen für eine ADHS-Symptomatik festgestellt. Seine medikamentöse Behandlung setzt sich aus Ritalin und Concerta zusammen.

2009 wurde er in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgestellt. Grund dafür war sein aggressives Verhalten in der Schule. In diesem Rahmen wurde auch das Jugendamt darüber informiert, dass David in seiner Klasse beispielsweise mit Stühlen und Blumentöpfen um sich warf. Ebenso spielte er in einem Computerspiel die Situation durch, alle Personen im Schulgebäude töten zu wollen.

Im Oktober 2010 stellen die Erziehungsberechtigten den Antrag zur Überstellung Davids in den häuslichen Unterricht des Bildungszentrum Kiprax. Ihre Begründung liegt laut dem Ansuchen darin, dass die Beschulung in der Sonderschule sehr schwierig ablaufen würde und David einen ruhigeren Unterrichtsablauf und deutlich mehr Zuwendung benötigen würde. Ebenso sollte eine Förderung seiner Talente möglich sein.

Übergang ins Bildungszentrum Kiprax

David wurde erst nach dem offiziellen Schulbeginn im Bildungszentrum Kiprax vorgestellt. Im Oktober absolvierte er einen Schnuppertag im häuslichen Unterricht, bei dem er sich eher unauffällig verhielt. Im Bereich der schulischen Leistung zeigte er ein sehr rasches und konzentriertes Arbeitsverhalten. Im Umgang mit seinen MitschülerInnen zeigte er sich zurückhaltend und reserviert. Da auch die anderen Kinder nicht auf ihn zugingen, war der Kontakt zu ihnen eher gering. Erst im letzten Teil der Arbeitsphase, in dem die Kinder als Gruppe agieren mussten, stellte sich ein erster intensiverer Kontakt zu den MitschülerInnen ein. Dieser verlief insgesamt sehr unproblematisch. Am Ende des Tages teilte David mit, dass er gerne weiter das Bildungszentrum Kiprax besuchen möchte.

2. Forschungsprozess

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung versuchen qualitative Forschungsverfahren die subjektiven Sichtweisen einzelner Personen zu erfassen. Diese Sichtweisen werden in der Literatur in unterschiedlichster Weise betitelt. Unter anderem finden sich die Begriffe „subjektiver Sinn“, „latente Sinnstruktur“, „Alltagstheorien“, „Deutungsmuster“ und so weiter. Als Forschungsauftrag sieht die qualitative Untersuchung das „Verstehen“. Im Rahmen dieser speziellen Forschungs- und Erhebungsmethode besteht Raum für die Äußerung eines differenten Sinns. Diese können erst in der direkten Interaktion erkennbar werden. Standpunkte können erst im Zusammenhang mit dem Kontext wirklich verstanden und daher der dahinterstehende Sinn erfasst werden (Helfferich, 2009).

Oftmals werden die Schwierigkeiten bei der Durchführung eines Interviews unterschätzt. Ein Vergleich zu einem alltäglichen Gespräch mit einer bekannten oder auch fremden Person ist nicht zulässig. Ziel des Interviews ist unter anderem Informationen über die Gedanken, Einstellungen und Gefühle des/der InterviewpartnerInnen(s)in zu erlangen. Diese werden jedoch nur preisgegeben, wenn die Situation des Interviewsetting für ihn/sie angenehm ist und dies somit zulässt (Lichtman, 2006).

Bevor jedoch mit der Erfassung der Daten begonnen wird, müssen eine Reihe an Entscheidungen getroffen werden. Der zu bearbeitende Forschungsgegenstand sollte festgelegt werden. Es erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem spezifischen Forschungsinteresse. Eine klare Forschungsfrage muss in diesem Zusammenhang erstellt und formuliert werden. Es muss darüber Klarheit geschaffen werden, welche Stichprobe befragt werden soll, welche Formen der verschiedenen Interviews dazu geeignet sind und in welcher Art und Weise die Daten im Anschluss ausgewertet werden sollen (Helfferich, 2009).

Wie auch bei Mayring (2002) gliedert sich der Forschungsprozess in eine Vorbereitungsphase, Datenerhebungsphase und eine Auswertungsphase. Zunächst befassten sich die Verfasserinnen mit der vorhandenen Literatur, um ein ausreichendes Verständnis für die Materie zu erlangen. Aufgrund der beruflichen

Tätigkeit hatten die Forscherinnen bereits einen Einblick in die Thematik ADHS. Dies ermöglichte ihnen einen Vergleich zwischen Theorie und Praxis herzustellen.

2.1. Vorbereitungsphase

Anfangs wurde im Bildungszentrum Kiprax ein Elternabend organisiert, bei dem die Autorinnen über ihr Forschungsvorhaben informierten. Anschließend erhielten die Eltern der ADHS-Kinder eine schriftliche Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte des Forschungsprozesses, bei dem sie ihr Einverständnis mit einer Signatur erklären konnten.

Vor der Erstellung der Interviewleitfäden erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit der Literatur. Nachdem der Theorieteil der Diplomarbeit verfasst wurde, erstellten die Forscherinnen Anfang 2011 die Interviewleitfäden.

Die Durchführung der Beobachtungsbögen nach Lueger erstreckte sich von September 2010 bis Dezember 2010. Die Aufzeichnungen aus dem Tagebuch sollten sich über den gleichen Zeitraum ausdehnen, wurden jedoch bis Februar verlängert, da die Interviews sich verzögerten.

2.2. Datenerhebungsphase

Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten des Bildungszentrums Kiprax durchgeführt.

Die Aufnahmen erfolgten mittels Tonbandgerät und Audioaufzeichnungen über den Computer und dauerten durchschnittlich eine halbe Stunde. Für die Umsetzung der Kinderinterviews wurden zusätzliche Hilfsmaterialien in Form von Bildern und Smileys angewandt. Anschließend wurden die Aufzeichnungen wortwörtlich transkribiert und den InterviewpartnerInnenInnen zur Überprüfung vorgelegt.

2.3. Auswertungsphase

Folglich wurden anhand der Interviewleitfäden aussagekräftige Kategorien erstellt und dementsprechende Textpassagen zugeordnet. Aufgrund dessen wurde das Datenerhebungsmaterial auf die wesentlichen Aspekte reduziert und

zusammengefasst. Schließlich wurden die resultierenden Ergebnisse interpretiert und diskutiert.

3. Auswertung

Da in der erziehungswissenschaftlichen als auch sozialwissenschaftlichen Forschung Texte in unterschiedlichsten Formen eine wesentliche Informationsquelle zur Beantwortung von Forschungsfragen darstellen, benötigt man eine fundierte Form der Auswertung dieser Daten. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden Transkripte aus Interviews erstellt, welche mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden sollen.

Die Vorteile dieser Auswertungsform liegt vor allem in der streng methodischen Form bei der das Material nach und nach analysiert wird. Die Masse an Daten wird in Einheiten zerlegt, die in Folge dessen bearbeitet werden. Ein Kategoriensystem, welches im Zusammenhang mit dem Material entwickelt wurde, steht hierbei im Zentrum. Aspekte die diesen Kategorien zugeordnet werden können, sollen herausgefiltert werden (Mayring, 2002). Daher wird nicht ein ganzheitliches Erfassen der Daten fokussiert, sondern eine selektives, kategorienbezogenes Vorgehen. In Folge dessen wird einer Überarbeitung des Kategoriensystems vorgenommen. Es wird überprüft ob die Zuordnungen treffend, oder ob Anpassungen notwendig sind. Nach Abschluss dieser Arbeit werden diese ein weiteres Mal zumindest teilweise durchgesehen und überprüft und im weiteren Verlauf einem zweiten Kodierer vorgelegt der dies Zuordnung bestätigt und Fehlkodierungen aufweist (Mayring & Brunner, 2010).

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring gibt es drei verschiedene Grundrichtungen, wie mit dem vorhandenen Textmaterial umgegangen wird. Die zusammenfassende, die explizierende und die analysierende Inhaltsanalyse. Für das Forschungsvorhaben ist lediglich die zusammenfassende relevant und soll daher im Folgenden genauer beschrieben werden (Mayring, 1995).

Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Ziel dieser Analyse ist es das bestehenden Material so weit zu reduzieren, dass die relevanten Inhalte bestehen bleiben. Mittels Abstraktion soll jedoch ein Bild geschaffen werden, welches das Grundmaterial in seinen wesentlichen Zügen widerspiegelt (Mayring, 2002). Jedoch je höher das Abstraktionsniveau gebildet wird, desto geringer wird die folgende Zusammenfassung (Mayring, 1995).

Folgende Schritte sind bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zu beachten und durchzuführen (Mayring, 1995):

1. Schritt: Bestimmung der Analyseeinheit
2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus. Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau.
4. Schritt: 1. Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen
5. Schritt: 2. Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial.(S.212)

Für die Auswertung der Daten wählten die Autorinnen einen multimodalen Ansatz. Dieser ergibt sich aus der Zusammenstellung von Interviews, Beobachtungsbögen, Falldarstellungen der ADHS-Kinder und Führung eines Tagebuchs. In Anlehnung an Altrichter (1998) der mittels unterschiedlicher Erhebungsmethoden eine ganzheitliche Sicht forciert. Zudem wird durch die Eingebundenheit der Forscherinnen in den Entwicklungsprozess, erst durch die Vielzahl der Erhebungsmethoden, Objektivität erreicht. Das Ziel der Autorinnen ist es den Forschungsgegenstand durch ihre Untersuchung zu evaluieren und gegeben falls Verbesserungen einzuleiten.

III. ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG

1. Darstellung der Forschungsergebnisse

1.1. Ergebnisse zu den Aussagen der Pädagoginnen

Einstellung zum Alltag mit den ADHS-Kindern

IP I: „Sie haben immer wieder neue Ideen ... sie sind auch sehr hilfsbereit anderen Kindern gegenüber ... sie sind aber sehr gerechtigkeitsliebend ... werden leicht abgelenkt ... halten sich an Regeln nicht so gut.“

IP II: „Es kostet viel Nerven, man muss hundertprozentig immer bei der Sache sein, weil sie einfach immer vollkommene Aufmerksamkeit von einem fordern. Deswegen ist es immer belastend auf der einen Seite ... sie geben dir trotzdem auch irgendwie ein Feedback zurück, indem sie eine nette Meldung lassen ... sie geben einem viel zurück.“

Beide Pädagoginnen empfinden die Arbeit mit ADHS-Kindern als sehr anstrengend und belastend. IP I betont, dass man Wege zur Verarbeitung finden muss. IP II gibt an, dass von den Pädagoginnen ständige Aufmerksamkeit verlangt wird.

IP I und II erleben sie als unaufmerksam, impulsiv und aufbrausend. Außerdem gibt IP II an, dass die Kinder oftmals ein ambivalentes Verhalten zeigen.

IP I bezeichnet ADHS-Kinder als gerechtigkeitsliebend, kreativ und hilfsbereit gegenüber anderen Kindern. IP II beschreibt sie als ehrlich, denn sie verdeutlichen ihre Emotionen und drücken sowohl ihre Zuneigung, als auch ihre Abneigung gegenüber anderen aus. Weitere positive Eigenschaften sieht IP II in ihrer Aufgewecktheit und sie empfindet sie als nicht nachtragend und aufgeweckt.

Pädagoginnen-Kind-Beziehung

IP I: „Ich glaub die Beziehungen ändern sich prinzipiell immer wieder ... die Beziehung ist eine gute Beziehung, aber manchmal gibt's halt Schwierigkeiten, aber das ist eh klar.“

Prinzipiell haben beide Pädagoginnen von Anfang an eine gute Beziehung zu den SchülerInnen, jedoch gibt es immer wieder Schwierigkeiten. Beide geben an, dass man mit der Zeit die Kinder besser kennen lernt und weiß wie man mit ihnen umgehen muss. Außerdem betonen beide, dass die Beziehung zu den SchülerInnen sich im Laufe der Zeit vertieft. Die Kinder haben immer wieder gute und schlechte Phasen, daher ändert sich die Pädagoginnen-Kind-Beziehung auch stets. Sowohl bei Manuel, als auch bei Michaela gab es zu Beginn Anlaufschwierigkeiten, da sie sich gegenüber den Lehrpersonen distanziert verhalten haben. Beide Pädagoginnen führen dies darauf zurück, dass eine Vertrauensbasis aufgebaut werden musste.

IP I empfindet ihre Beziehung zu den Kindern als besonders gut, da sie nicht als Lehrperson fungiert, die ihre schulischen Leistungen beurteilt. IP II führt ihre gute Beziehung zu den Kindern daraufhin zurück, dass sie nicht täglich im Bildungszentrum unterrichtet und daher einen gewissen Abstand zu den Kindern hat. Sie sieht sich außerdem als Rolle der Beraterin, die die Konflikte des Schulalltags mit den einzelnen Kindern bespricht und dadurch als Vertrauensperson für die SchülerInnen gilt.

SchülerIn-SchülerIn-Beziehung

IP II: „Sie verstehen sich einfach gegenseitig, sie haben alle das und das ist auch wahrscheinlich eine gewisse Gemeinsamkeit, die sie einfach alle haben, es gibt keine Außenseiter.“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Pädagoginnen eine positive Veränderung der SchülerIn-SchülerIn-Beziehung wahrgenommen haben, da sich die SchülerInnen im Laufe der Zeit besser kennen lernen und wissen wie sie miteinander umgehen müssen. Nach anfänglicher Unsicherheit wissen die Kinder mittlerweile mit wem sie gut auskommen und mit wem weniger. IP I berichtet davon, dass es zu

Schulbeginn vor allem in Gruppensituationen Schwierigkeiten gab, da einzelne Kinder versuchten, andere MitschülerInnen zu provozieren und deren Reaktionen auszutesten.

Im Gegensatz zu IP I gibt IP II an, dass es keine Außenseiter in der Kiprax gibt, da alle Kinder die Diagnose ADHS verbindet und Verhaltensauffälligkeiten keine Besonderheit für die SchülerInnen darstellt. Durch ihre Gemeinsamkeiten in Bezug auf unangepasste Verhaltensweisen sieht IP II eine enge Verbindung und Vertrautheit zwischen den MitschülerInnen. Zudem teilt IP II mit, dass ADHS-Kinder rasch auf andere Kinder zugehen und sie integrieren, neue Freundschaften werden schnell aufgebaut, sind jedoch wechselhaft und nicht von Dauer.

IP II erwähnt, dass Manuel in dieser Beziehung eher Schwierigkeiten hatte, da er bei Konflikten rasch die Freundschaft beendet und sich aus dem Spielgeschehen zurück zieht. Aufgrund dessen wechselte er sehr häufig seine Bezugspersonen oder verbrachte seine Pausen lieber alleine. In letzter Zeit hat sich sein Verhalten gegenüber den MitschülerInnen verbessert und er ist dazu fähig an Spielsituationen teilzunehmen.

Sozialverhalten vor dem Bildungszentrum Kiprax

IP I betont, dass sich Lea in einer sehr schwierigen Phase befand, als sie das Mädchen an einem Schnuppertag im Juni 2010 kennen lernte. IP I konnte beobachten, dass Lea bei geringer Frustration körperlich und verbal aufbrausend und aggressiv reagierte. IP II erhielt die Information, dass Lea ein sehr aggressives und verwöhntes Kind ist, dies hat sich beim Kennen lernen jedoch nicht bestätigt. Sie nahm Lea als sehr braves, hilfsbereites und fleißiges Mädchen wahr.

IP I empfand Michaela als ein sehr quirliges Mädchen, das am Anfang große Schwierigkeiten hatte, da sie sich durch ihren verspäteten Schuleintritt in eine bestehende Gruppe integrieren musste. Hinzu kam, dass ihr das ruhige Sitzen große Schwierigkeiten bereitete und sie nicht wusste, wie sie sich verhalten sollte.

IP II beobachtete, dass Michaela auf ihre MitschülerInnen schnell zugehen konnte, jedoch bei Konflikten sehr aggressiv reagierte.

Beide geben an, dass David am Anfang verbal sehr aggressiv war. IP II nahm David als sehr schüchtern und ruhig wahr, der sich von anderen SchülerInnen abgrenzte.

IP I berichtet, dass Manuel zu Beginn körperlich sehr laut reagierte. IP II beschreibt ihn als sehr hibbelig, aufgedreht und schwierig zu bändigen.

Sozialverhalten seit dem Bildungszentrum Kiprax

Von der Pädagogin (IP I) wird berichtet, dass die ADHS-Kinder sowohl im schulischen als auch im sozialen Bereich schnell abgelenkt sind und Schwierigkeiten haben sich an Regeln zu halten. IP II erwähnt, dass die Kinder meist erst nach mehrmaligem Ermahnen reagieren und geht davon aus, dass die Kinder zum Teil unangepasste Verhaltensweisen übernehmen, die sie in Konfliktsituationen beobachten. Außerdem betont sie, dass in den Pausen täglich Konflikte entstehen, die sie meist nicht selber klären. Bei Streitsituationen reagieren die ADHS-Kinder laut, verwenden Schimpfwörter und lassen ihrer Wut freien Lauf. Sie benötigen Hilfe seitens der Lehrperson bei der Lösung von Konflikten. Konflikte sind allerdings wieder schnell vergessen.

In Bezug auf Lea teilt IP I mit, dass sie ihre Aggressivität mittlerweile sehr gut im Griff hat und Strategien entwickelt hat, um damit umzugehen. Hin und wieder entstehen Situationen, in denen es noch eskaliert, jedoch befindet sie sich am richtigen Weg. IP II gibt an, dass Lea sich aufgrund familiärer Probleme seit Weihnachten in einer schwierigen Phase befindet. Infolgedessen kam es zu mehrfachen Eskalationen. Ihr Fehlverhalten zeigte sich in einer erhöhten Aggressivität und Eigensinnigkeit gegenüber MitschülerInnen und Lehrpersonen.

Michaela hat sich laut IP I bei der Teilnahme im Unterricht und in ihrer Beziehung zu den KlassenkollegInnen verbessert. Zudem ist es ihr mittlerweile möglich einen Arbeitsauftrag ohne Unterbrechungen durchzuführen. Nach IP II hat sich Michaela nun besser im Griff, allerdings kommt es hin und wieder zu Rückfällen, in der sich ihre aggressive Tendenz zeigt.

Beide Pädagoginnen geben an, dass bei David eine Reduzierung des aggressiven Verhaltens ersichtlich ist. Stattdessen hat er laut IP I gelernt, seine Gefühle auf adäquate Weise auszudrücken und rechtzeitig mitzuteilen, wenn er mit etwas unzufrieden ist. Nach IP II hat sich Davids Sozialverhalten innerhalb kürzester Zeit

zum Positiven gewendet. Er hat die Erfahrung gemacht, dass er Freunde finden kann und ist viel offener geworden. Auf Anweisungen der Lehrperson reagiert er sofort.

Das Sozialverhalten von Manuel hat sich laut der Pädagoginnen verbessert. IP I erwähnt, dass es nach den Sommerferien für Manuel schwierig war in den Schulalltag wieder hineinzufinden. Außerdem hat er Fortschritte in Bezug auf seine Motivation gemacht. Mittlerweile reagiert er weniger emotional. Sie vermutet, dass sich sein Sozialverhalten durch den Umgang mit den älteren SchülerInnen des Bildungszentrums Kiprax verbessert hat.

IP II bemerkte, dass er sich mittlerweile auf die Pause freut und gerne mit seinen MitschülerInnen spielt.

IP II gibt an, dass sich prinzipiell die Beziehung zwischen den SchülerInnen zum Positiven gewendet hat. Sie kennen sich mittlerweile sehr gut, wissen zu wem sie einen guten Draht haben und zu wem weniger und akzeptieren einander so wie sie sind.

Pädagogische Maßnahmen

IP I: „Also da sind dann auf jeden Fall die Klassenregeln ganz ganz wichtig, die Konsequenzen dazu, sowohl positive, als auch negative Konsequenzen. Was natürlich auch immer sehr wichtig ist, dass man im Sozialverhalten arbeitet.“

Beide betonen die Bedeutsamkeit von Regeln und Grenzen. Bei Regelverstößen kommt es zu negativen Konsequenzen in Form von Bestrafungen wie zum Beispiel time-out oder Verstärkerentzug. Zudem beschreiben sie die Relevanz einer gewissen Struktur, an der sich die Kinder orientieren können. Laut ihren Angaben benötigen die Kinder eine gewisse Routine im Ablauf des Schulalltages. Beide Pädagoginnen gehen individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen ADHS-Kinder ein. IP II betont hierbei den Vorteil der geringen Schüleranzahl im Klassenraum. Zudem wird laut IP I mit verschiedenen Methoden gearbeitet, um die Kinder individuell und bestmöglich zu fördern.

Beide beschreiben die Wichtigkeit der Klassenregeln, bei deren Einhaltung eine positive Konsequenz in Form von kleinen Geschenken und verbalen Lob erfolgt. Es

wird mit verschiedenen Belohnungssystemen gearbeitet, um die Motivation der ADHS-Kinder zu steigern.

IP I gibt an, dass die Lehrpersonen rechtzeitig versuchen Konflikte zu erkennen und dadurch Eskalationen zu verhindern und bieten den SchülerInnen Lösungsstrategien an. Laut IP II ist das anschließende Gespräch mit dem Kind nach einer Streitsituation von großer Bedeutung. Außerdem können im täglichen Morgenkreis Probleme angesprochen werden. In der Nachbesprechung werden das Verhalten und die Leistung des Kindes besprochen, dadurch lernen die Kinder sich selbst zu reflektieren.

Nach IP II ist die Integration des ADHS-Kindes in eine Regelschule das Ziel des Bildungszentrums Kiprax. Zudem erwähnt die Pädagogin, dass eine Verbesserung des Unterrichts durch eine Aufteilung der Kinder in verschiedene Schulstufen von Vorteil wäre, somit könnte der Unterricht themenspezifischer geplant werden.

Zusammenarbeit zwischen Pädagoginnen und Eltern

IP I: „Also wir versuchen eng mit den Eltern zusammen zu arbeiten ... wenn den Eltern irgendwas nicht klar ist, oder wenn sie was brauchen, gibt es eben die Möglichkeit zu Elterngesprächen, manche können das sehr gut annehmen, andere eher weniger.“

Die Zusammenarbeit mit den Eltern erfolgt über geplante und ungeplante Besprechungen. Sie haben die Möglichkeit, nach dem Schultag Rückmeldungen von den Lehrpersonen zu erhalten. Zudem erhalten die Eltern die Privatnummern der Lehrpersonen, um bei Notfällen erreichbar zu sein. IP II gibt an, dass etwas ein bis zwei Elternabende pro Semester angeboten werden.

IP I erwähnt die Möglichkeit eines Elterntrainings. Hierbei erhalten die Eltern ein Coaching, um sie im Umgang mit ihren Kindern zu schulen. Außerdem werden schriftliche Mitteilungen über das Verhalten und die schulische Leistung an die Eltern verfasst. IP I erwähnt die Relevanz einer guten Zusammenarbeit mit den Eltern, die allerdings nicht von allen Eltern angenommen wird. Zudem sollen die Erziehungsberechtigten in den Entwicklungsprozess ihrer Kinder mit einbezogen werden, damit es auch innerhalb der Familie weniger Probleme bereitet. Da sich das

Sozialverhalten nicht nur innerhalb des Bildungszentrum verbessern soll, sondern auch im familiären und nicht unmittelbaren Umfeld.

Wohlbefinden der ADHS-Kinder

IP II: „Wenn ich jetzt so an die Zukunft denk, dass vielleicht mehrere Klassenräume gibt und dass die Schüler nicht mehr zusammengewürfelt sind, dass würd es auch für die Lehrer einfacher machen“.

IP I: „Was für uns den Vorteil hat, dass wir als Betreuer nicht in einer Lehrerposition sind, das heißt wir benoten die Kinder nicht, dadurch fühlen sich die Kinder auch ähm weniger angegriffen sozusagen von uns..“

IP II gibt außerdem an, dass durch die gemeinsame ADHS-Diagnose der Kinder keine AußenseiterInnen im Bildungszentrum existieren. Die SchülerInnen stellen aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten keine Besonderheit dar und fühlen sich daher auch nicht von den anderen ausgegrenzt. Zudem geht sie wie bereits zuvor erwähnt davon aus, dass durch eine größere Anzahl der Klassenräume das Wohlbefinden der Kinder steigern würde. IP I bemerkt, dass die PädagogInnen im Bildungszentrum eine Rolle als BetreuerIn besitzen und nicht die Beurteilung der ADHS-Kinder vornehmen. Dies bewirkt eine Steigerung des Wohlbefindens.

1.2. Ergebnisse zu den Aussagen der Eltern

Einstellung zum ADHS-Kind

Alle vier Interviewpersonen empfinden den Alltag mit ihrem Kind als Belastung.

IP III nimmt besonders den Alltag als sehr schwierig wahr, dies beginnt bereits in der Früh beim Aufstehen.

IP III: „Normalerweise sollt ich ruhiger sein, aber wenn ich schon zehnmal rede, dann bin ich selber auf Hundert ... normalerweise sollte man ruhiger sein und ihm das in Ruhe erklären, aber ich tu mir sehr schwer damit.“

IP V berichtet, dass das Erledigen von Hausarbeiten für sein Kind besonders schwierig ist und führt dies auf das Nachlassen der Medikamente zurück, betont jedoch, dass gemeinsame Freizeitaktivitäten recht gut funktionieren.

IP IV sieht ADHS als Belastung für das Kind selbst und seinen Angehörigen, da sich David zwar bemüht, aber oftmals nicht aus seiner Haut kann.

IP VI: „Wenn wir unterwegs sind, wenn wir Besuch kriegen, wenn wir jemanden besuchen, da ist es eine große Belastung, weil sie einfach total neben der Spur ist und auch so reagiert ... Wenn wir einfach Spaß haben, sie Sachen von sich gibt, wo ich ma denk die ist erst sieben. Ja, wenn sie ihre zärtlichen Phasen hat, was net oft vorkommt.“

IP VI berichtet davon, dass es besonders belastend ist, wenn die Familie Besuch bekommt oder sie unterwegs sind, da Michaela sich unangepasst verhält. Allerdings wird das ADHS-Kind auch als große Bereicherung wahrgenommen, da die Familie sehr viel Spaß mit Michaela hat und das Mädchen sehr anhänglich und zärtlich sein kann.

IP III empfindet ihr Kind Manuel als hilfsbereit, neugierig und wissbegierig. Negative Eigenschaften bei Manuel sind die Unruhe und das Bedürfnis im Mittelpunkt zu stehen. Durch sein ständiges Sprechen versucht er die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

IP V beschreibt Lea als neugierig, interessiert und kreativ. Sie benötigt nicht ständige Aufmerksamkeit und kann sich auch sehr gut mit sich selbst beschäftigen. Als besonders negativ empfindet er die Eigensinnigkeit seiner Tochter.

IP IV nimmt David als sehr anhänglich wahr, der viel Liebe und Zuneigung benötigt. Ebenso versucht David andere zu manipulieren, ist hektisch, grantig, zuwider und sehr unruhig.

IP VI gibt an, dass Michaela eine sehr soziale Einstellung hat, hilfsbereit, lustig und liebesbedürftig ist. Michaela zeigt oftmals ein sehr sprunghaftes Verhalten, einerseits braucht sie viel Zuneigung und Liebe, andererseits kann sie sehr schnell aggressiv werden.

Eltern-Kind-Beziehung

IP III teilt mit, dass die Beziehung zu ihrem Kind nach wie vor nicht gut ist, da sie bei Konflikten nicht ruhig reagiert, sondern hysterisch. Diesbezüglich reagiert Manuel mit bockigen Verhalten. Auch der Alltag in der Früh wird nach wie vor als sehr schwierig beschrieben. Gleichzeitig weiß sie aber darüber Bescheid, dass Manuel sehr viel Lob benötigt. Die Hausaufgabensituation beschreibt sie außerdem als sehr schwierig. Des Weiteren führt sie an, dass Manuel selten über seinen Schulalltag berichtet.

IP V beschreibt die Beziehung zu seinem Kind nach wie vor als sehr gut. Außerdem hat sich die konfliktreiche Beziehung zur Mutter verbessert.

IP IV erzählt, dass ihre Beziehung zu David nach wie vor sehr gut ist, jedoch gibt es häufig Probleme, wenn David die Zeit bei seinen Großeltern verbringt.

IP VI: „Es war eigentlich ein einziger Kampf mit ihr ... es rennt jetzt runder zuhause.“

In Bezug auf Michaela gibt IP VI an, dass die Beziehung vor dem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax viel schwieriger war und mittlerweile ist es zuhause viel ruhiger.

Sozialverhalten vor dem Bildungszentrum Kiprax

IP III: „Ja und auch immer im Mittelpunkt, auf die Tische oben gestanden und und immer in Kasperl gespielt und eine Qual ihn abzuholen vom Kindergarten. DA hab ich mich schon immer gefürchtet, wenn ich reingehen musste, da hat er sich auf den Boden gehaut und immer geweint und wollt nicht mitgehen.“

IP III beschreibt, dass sich das Sozialverhalten von Manuel als besonders schwierig erwiesen hat. Bereits im Kindergarten zeigte er unangepasstes Verhalten, denn er kletterte auf Gegenstände, wollte stets im Mittelpunkt stehen und als besonders konfliktreich schildert die Mutter die Situation, wenn sie ihn im Kindergarten abholen musste. Darauf reagierte er mit körperlicher Gewalt und Weinen. Die Mutter berichtete von ihrer alltäglichen Furcht ihr Kind im Kindergarten abzuholen. IP III teilt außerdem mit, dass der Einstieg in die Regelschule sehr belastend für sie war, da sie ihren Sohn ein halbes Jahr täglich in die Schule begleiten musste. Da Manuels

Verhalten jeden Tag eskalierte und er sogar die Lehrerin körperlich angegriffen hat, musste die Mutter ein halbes Jahr lang neben Manuel in der Klasse sitzen.

IP V: „Oft ist sie gehänselt worden, weil sie sehr impulsiv, laut geworden ist ... die Ausgrenzung, die hat's natürlich gestört und sie wollte natürlich auch immer dabei sein ... Konflikte wie's eben damals war, dass der Direktor gesagt hat, er lässt sie von der Rettung abholen, also so was hat's da nicht gegeben.“

Mit dem Schuleintritt in die Regelschule berichtet IP V von dem problematischen Verhalten seiner Tochter. Aufgrund ihrer Außenseiterrolle in der Klasse reagierte Lea mit Aggressivität, Impulsivität und Unberechenbarkeit. Der Vater führt dies auf die hohe SchülerInnenanzahl der Klasse zurück, da Lea lediglich mit ein bis zwei Kindern zurechtkommt. IP V berichtet von einem massiven Konflikt, bei dem der Direktor der Regelschule mit dem Abholen von der Rettung drohte.

IP IV: „Weil er hat dann natürlich auch hingehaut, manches Mal auf andere Kinder und hat dort auch einen negativen Ruf gehabt.“

IP IV gibt an, dass David sich bereits in der Volksschule nicht in die Klasse einordnen konnte und aufgrund dessen musste er in die Sonderschule wechseln. Dort war er ständig in Raufereien und Streitereien verwickelt. In dieser Zeit wurde er zum Schläger und Sündenbock und dadurch entwickelte sich sein negativer Ruf. David hatte zu dieser Zeit das Bedürfnis sich gegen andere zu behaupten, was dazu führte, dass er keine längerfristigen Freundschaften pflegte. Dies führte bei David zu Schulverweigerung. Auch diese Schule musste David verlassen, da er der Direktorin davon berichtete, dass er im Zuge eines Computerspiels alle MitschülerInnen und LehrerInnen erschießen wolle.

Bevor Michaela die Regelschule besuchte, zeigte sie sich als sehr soziales Kind, welches gern andere Dinge mit anderen Kindern teilte. Außerdem erwähnt IP VI, dass das Mädchen gern im Haushalt mithilft. Des Weiteren hatte Michaela große Schwierigkeiten sich in der Klasse einzuordnen und reagierte anderen MitschülerInnen gegenüber aggressiv und provozierte, in dem sie sich zum Beispiel nackt auszog. Die Problematik in der Schule verlagerte sich auf zuhause und führte laut IP VI zu Chaos in der Familie. Die Mutter beschreibt diese Situation als Kampf.

Vor dem Eintritt in das Bildungszentrum Kiprax zeigten alle Kinder ein ausgeprägtes antisoziales Verhalten im schulischen und familiären Bereich.

Sozialverhalten seit dem Bildungszentrum Kiprax

IP III: „Weniger aufbrausend ... er ist schon ruhiger ... er geht nicht gleich auf Hundert ... weil die Kinder da fast das gleiche Problem haben, dass die eher aufeinander eingehen können ... Wenn er da einen Auszucker hat, wird keiner jetzt so durchdrehen und weiß Gott und was tut der und was macht der.“

IP III beschreibt ihren Sohn seit dem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax als viel ruhiger und weniger aufbrausend. Zudem erwähnt sie, dass er die Außenseiterrolle abgelegt hat, da hier alle Kinder unter ADHS leiden. Nach wie vor hat Manuel keine längerfristigen Freundschaften, das die Mutter auf den langen Anfahrtsweg zur Schule zurück führt.

IP V beschreibt eine Verbesserung des Sozialverhaltens seiner Tochter Lea, da sie viel ruhiger geworden ist. Der Umgang mit Konflikten ist seinen Angaben zu Folge tages- und medikamentenabhängig.

In Bezug auf David beschreibt IP IV eine positive Veränderung des Sozialverhaltens, denn er ist viel ruhiger und ausgeglichener geworden. Zu dem berichtet er häufiger von seinem Schulalltag und hat seinen Anspruch immer der Beste sein zu wollen abgelegt. Außerdem versteht er sich sehr gut mit einer Mitschülerin und ist nun fähig bei Streitereien nachzugeben. Zudem hat er die Schulverweigerung abgelegt.

IP VI beschreibt Michaela nun als ruhiger und teilt mit, dass sie gerne mit Kindern spielt und hilfsbereit ist.

Alle Interviewpersonen geben an, dass ihre Kinder seit dem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax ruhiger und ausgeglichener geworden sind.

Erzieherische Maßnahmen

IP III erwähnt die Bedeutsamkeit der Regelmäßigkeit im Alltag und ihrem Sohn positive Rückmeldung zu geben, wenn er etwas gut gemacht hat. Fixe Regeln haben sie bis jetzt noch nicht in den Griff bekommen. IP III weiß darüber Bescheid, dass sie

in Konfliktsituationen mit Manuel ruhig sprechen sollte, scheitert jedoch häufig an ihrer eigenen Impulsivität.

Leas Eltern versuchen ihre kreative und sportliche Seite zu fördern. Bei Konflikten versuchen sie diese entweder zu bereden oder durch Abwarten aufzulösen. Als negative Konsequenz nutzen sie Strafen oder Androhungen in Form von Fernsehverbot. Außerdem gibt es eine fixe Regelung, die sich vor allem auf das Fernsehen bezieht, die sie auch konsequent durchführen. IP V weiß darüber Bescheid, dass bei direktem Ansprechen des Kindes Augenkontakt gehalten werden soll. Gleichzeitig betont er aber, dass beide Elternteile nicht immer konsequent sind. Außerdem gilt bei ihnen die Regel, dass Lea immer nur eine Freundin mit nach Hause nehmen darf, da es sonst zu Konflikten kommt.

IP IV: „Das er sich benehmen kann, wenn wir wohin gehen ... sich dementsprechend den Gegenüber benimmt, wie es sich gehört ... Pünktlichkeit ist mir auch total wichtig, wenn er mal arbeiten gehen sollte.“

In Bezug auf David führt IP IV an, dass sie sehr konsequent handelt und Rituale eingeführt hat, um das zu Bett gehen angenehmer zu gestalten. Besonderen Wert legt sie auf korrekte Umgangsformen wie zum Beispiel Pünktlichkeit, Grüßen etc. Zudem gibt sie an, dass zuhause gewisse Regeln herrschen, vor allem in Bezug auf das Computer spielen. Besonders wichtig erscheint ihr, dass David ein Zeitgefühl für seine Aktivitäten entwickelt. Bei Konflikten reagiert IP IV mit Ruhe und Gelassenheit. Bei intensiveren Konflikten zieht sie sich zurück, damit David die Möglichkeit hat, sich abzureagieren.

IP VI: „Wichtig wäre mir gewisse Verhaltensregeln ... wenn wir zum Beispiel essen gehen ... dass sie sich da benimmt, sie muss ja keine 3 Stunden sitzen, sondern zumindest die 20 Minuten beim Essen ... ich versuche konsequent zu sein (lacht), was mir aber auch nicht wirklich gelingt ... das schaff ich nicht ganz.“

IP VI legt viel Wert auf gewissen Verhaltensregeln wie zum Beispiel ein gutes Benehmen, jedoch scheitert es oft an ihrer mangelnden Konsequenz. Die Lösung von Konflikten macht sie von ihrer Tagesverfassung abhängig. Es gelingt ihr nicht immer ruhig und besonnen zu reagieren, jedoch weicht sie Konfliktsituationen nicht

so häufig aus, wie dies ihr Mann tut. Da sie selbst sehr temperamentvoll ist, reagiert sie bei Streitsituationen dementsprechend.

Alle Eltern würden sich bestimmte Verhaltensweisen seitens ihrer ADHS-Kinder wünschen, scheitern aber häufig an ihrer Konsequenz. Zudem gibt es bis auf IP III bei allen Interviewpersonen feste Regeln.

Erzieherische Maßnahmen der Pädagoginnen

IP III: „Er ist wo, wo man seine Krankheit versteht und wo man auf das eingeht ... ihr redets wahrscheinlich ruhiger mit ihm ... ihr wissts wann ihr ihn zu ignorieren habts oder ob ihr jetzt zuviel redets oder zuwenig, ihr bringt es auf den Punkt, was man als Elternteil vielleicht weniger weiß.“

IP III merkt positiv an, dass die Pädagoginnen im Bildungszentrum Kiprax mit den ADHS-Kindern entsprechend umgehen können und deren Probleme verstehen. Ebenso betont sie die Kenntnisse seitens der Pädagoginnen über entsprechende pädagogische Maßnahmen. Gleichzeitig führt sie an, dass es für sie sehr entlastend ist, dass schulische Konflikte intern gelöst werden.

IP V geht davon aus, dass die Pädagoginnen im Umgang mit ADHS-Kindern geschulter sind und konsequenter handeln.

IP IV: „Er braucht das Gefühl, wenn´s irgendwie Probleme gibt, dass ihm wer hilft und das ist hier gegeben und des hat er dort´n in der Schule überhaupt net ghabt.“

IP IV sieht einen Vorteil an der geringen SchülerInnenanzahl in der Klasse, die zudem von zwei Lehrerinnen geführt wird. Aufgrund dessen kann auf Davids individuelle Bedürfnisse eingegangen werden. Zudem werden im Bildungszentrum Kiprax Konflikte abgefangen, bevor sie entstehen.

Michaelas Mutter (IP VI) führt als Erfolg für die Verhaltensveränderungen von Michaela die stetige Konsequenz der Pädagoginnen an.

Die Interviewpersonen sind sich darüber einig, dass durch das Fachwissen der Pädagoginnen ein entsprechender Umgang mit den ADHS-Kindern stattfindet.

Zusammenarbeit zwischen Pädagogen und Eltern

Prinzipiell beschreibt IP III die Zusammenarbeit zwischen den Pädagoginnen und ihr als sehr gut. Bei Problemen nimmt sie telefonischen Kontakt mit den Pädagoginnen auf oder vereinbart eine Sprechstunde. Von Vorteil sieht sie, dass kleinere Konflikte mit Manuel intern geregelt werden und sie aus der Verantwortung genommen wird. Zudem hat sie zwar schon kurzfristig ein Elterntraining und Ratschläge seitens der Pädagoginnen in Anspruch genommen, kann diese aber nicht annehmen und umsetzen und betrachtet diese kritisch.

Die Zusammenarbeit mit den Pädagoginnen sieht IP V als nicht so intensiv. Er würde sich ein regelmäßiges schriftliches Feedback wünschen, außerdem hätte er Interesse an einem Elterntraining. Bei Konflikten im schulischen Bereich würde er dies mit den Pädagoginnen besprechen. IP V hat zwar schon Ratschläge von den Pädagoginnen erhalten, kann diese jedoch nur teilweise umsetzen.

Der Austausch mit den Pädagoginnen findet über E-Mail statt, jedoch bemerkt IP IV kritisch, dass zuvor angekündigte regelmäßige Treffen seitens der Leitung des Bildungszentrums Kiprax nie umgesetzt wurden. Jedoch werden seitens der Elternvertretung Treffen angeboten. Im Allgemeinen hat IP IV gute Erfahrung mit der Kiprax gemacht und empfindet die MitarbeiterInnen als sehr freundlich.

IP VI: „Ich krieg zwar nicht sehr viel Rückmeldung, so denk ich mir, es passt alles ... und ich weiß, wenn ich ein großes Problem hätte, komm ich her und hol mir Rat oder und besprech das.“

IP VI gibt an, dass sie eher wenig Rückmeldung über das Verhalten und die Leistung ihrer Tochter erhält, geht jedoch davon aus, dass daher alles in Ordnung ist. Gleichzeitig hat sie das Gefühl, dass sie sich bei Problemen an das Bildungszentrum Kiprax wenden kann. Auch sie hat bereits Ratschläge und Tipps für den Umgang mit ihrem ADHS-Kind erhalten, kann diese jedoch nicht umsetzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle Befragten sich mehr Zusammenarbeit und Rückmeldung wünschen würden, jedoch aber mit den Pädagoginnen sehr zufrieden sind. Bis auf IP IV bekamen alle Eltern bei Besprechungen Ratschläge und Tipps für einen adäquaten Umgang mit ihrem Kind, hatten aber Schwierigkeiten diese umzusetzen.

Wohlbefinden der ADHS-Kinder

IP III erzählt, dass ihr Kind eine deutliche Steigerung des Wohlbefindens seit dem Einstieg ins Bildungszentrum Kiprax erlebt hat. Zudem war es Manuel möglich seine Außenseiterrolle abzulegen, da alle Kinder die gleichen Verhaltensweisen wie er aufweisen.

Im Allgemeinen hat sich das Wohlbefinden von Lea verbessert, jedoch bemerkte IP V, dass ihr Bewegungsmöglichkeiten abgehen. Zudem merkte er an, dass Lea mit der steigenden SchülerInnenanzahl einen Rückschritt in ihrem Sozialverhalten machte. Des Weiteren treten seitdem vermehrt intensive Konflikte auf. Lea ist aufgrund dieser Streitereien oftmals genervt, fühlt sich aber grundsätzlich in der Klasse wohl.

IP IV hat das Gefühl, dass David von den Pädagoginnen in der Kiprax verstanden wird und dass diese immer ein offenes Ohr für ihn haben. Zudem merkt sie an, dass er ruhiger und ausgeglichener ist. Hinzu kommt, dass er nun Freundschaften schließen und pflegen kann.

In Bezug auf Michaela führt IP VI an, dass sie seitens der Pädagoginnen positive Rückmeldung über ihr Kind erhält, die sowohl ihr, als auch Michaelas Wohlbefinden steigern. Außerdem stellte sie eine Verbesserung des Sozialverhaltens fest, da Michaela weniger aggressiv gegenüber ihren MitschülerInnen reagiert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei allen ADHS-Kindern laut Angaben der Eltern das Wohlbefinden gestiegen ist.

Veränderung auf die Familiensituation

Da Manuel seit dem Schuleintritt ins Bildungszentrum Kiprax ruhiger geworden ist, haben sich die Konflikte zuhause verringert. Die Beziehung zu anderen Bezugspersonen hat sich positiv verändert. In Bezug auf sie selbst ist die Beziehung gleich geblieben. Mit dem Bruder gibt es nach wie vor Streitereien. IP III gibt an, dass er die Hausübungen mit der Mutter nicht mehr gemeinsam zuhause erledigen möchte.

Da Konflikte innerhalb der Kiprax intern geregelt werden, führt IP V an, dass diese zuhause nicht mehr weiter thematisiert werden und dadurch die Familiensituation entlasten.

IP IV beschreibt David als ruhiger und ausgeglichener seit dem Einstieg in das Bildungszentrum Kiprax. Zurzeit belastet ihn die Schwangerschaft seiner Mutter, welches zu Problemen zwischen ihm und den Großeltern führt. Er hat das Gefühl von seiner Mutter weniger geliebt zu werden.

Die Familiensituation bei Michaela ist durch den Wegfall des Schulstressses entlastet. Durch das positive Feedback des Bildungszentrums Kiprax ist die Mutter nicht mehr einen so großen Stress ausgesetzt.

1.3. Ergebnisse zu den Aussagen der ADHS-Kinder

Aufgrund der Besonderheit der Kinderinterviews, die sich durch Bildbeispiele mit Konfliktsituationen, Bewertung von Moralvorstellungen durch Smileys und Antwortmöglichkeiten durch Bildkarten in Schulsituationen auszeichnet, erfolgt eine sofortige Interpretation der Aussagen der ADHS-Kinder, um eine logische Folge zu gewähren. Diese bezieht sich auf die Selbsteinschätzung der Kinder. Anschließend erfolgt eine Gesamtinterpretation, die sich auf die Bereiche Wohlbefinden, Sozialverhalten und Moralvorstellungen der einzelnen ADHS-SchülerInnen bezieht.

Umgang mit Konfliktsituationen

1. Bildbespiel: ein Bub arbeitet am Computer und wird dabei unabsichtlich von einem Mädchen, das seine Brille holen möchte, angerempelt. Die Kinder sollen ihre Reaktion auf diese Situation schildern.

Manuel würde das Mädchen ignorieren oder der Lehrperson die Situation schildern. Gleichzeitig gibt er an, dass er böse auf das Mädchen wäre, da er davon ausgeht, absichtlich gestoßen worden zu sein.

Michaela würde das Mädchen ebenfalls ignorieren und geht davon aus, dass das Geschehen unabsichtlich war.

Lea und David sind ebenso der Meinung, dass sie das Mädchen unabsichtlich gestoßen hat und würden sie aber dennoch darauf hinweisen, dass sie das nächste Mal vorsichtiger sein soll.

Interpretation

Alle vier Kinder würden theoretisch adäquat auf diese Situation reagieren. In der Praxis würde jedoch nur David dieses angegebene Verhalten auch wirklich umsetzen. Die weiteren Kinder würden im Gegensatz dazu mit einer negativen Verhaltensweise reagieren.

2. Bildbeispiel: Das Kind soll sich eine Pausensituation vorstellen, bei der es gerade mit einem Spiel beschäftigt ist. Plötzlich kommt ein/e MitschülerIn auf ihn/sie zu und umarmt es, obwohl es das nicht möchte. Wie würde das Kind reagieren?

Michaela: „Oh jaaa!“

I: „Nein, stell dir vor du magst das in dem Moment nicht ... wie würdest du reagieren?“

Michaela: „Ja ... Ähm iiiiiiiiiiiiiiccchhhh (laut)“

I: „Michaela, was würdest du machen?“

Michaela: (schaut weg, ist abgelenkt)

I: „Michaela, schau mich an, was würdest du machen?“

Michaela: „Lächeln.“

I: „Wenn du dich ärgerst und du möchtest das gerade gar nicht?“

Michaela: „Jaaaaaaa, ich tu ignorieren. (ist genervt)“

Michaela würde das Kind ignorieren bzw. der Lehrperson Bescheid sagen.

Manuel würde das Kind stehen lassen oder es wegstoßen.

Lea und David würden das Kind bitten, sie in Ruhe zu lassen oder seinen/ihren Arm wegstoßen.

Interpretation

Alle bis auf Michaela würden das Kind wegstoßen und schätzen sich damit richtig ein.

3. Bildbeispiel: Das Kind befindet sich in der Klasse und wird absichtlich von einem/einer MitschülerIn mit einem Tafelschwamm abgeschossen. Wie würde das Kind reagieren?

Manuel: „Dann würd ich ihm selber eine runterhauen.“

Michaela, Daniel und Lea würden zur Lehrerin gehen und ihr den Vorfall mitteilen.

Interpretation

Alle Kinder würden der Lehrerin Bescheid geben, außer Manuel würde eventuell Gewalt anwenden. Manuel und David würden in der Realität genauso handeln, wie sie es im Beispiel angeben.

Moralvorstellungen von positiven Verhaltensweisen und negativen Verhaltensweisen

Die Kinder sollen zu unterschiedlichen Schulsituationen Stellung nehmen.

- Stell dir vor, ein(e) MitschülerIn sagt etwas Gemeines zu dir. Du schreist ihn/sie an und schlägst ihn/sie. Hast du in diesem Fall richtig reagiert? Ja/Nein

Manuel gibt an, dass anschreien als eine sehr negative Verhaltensweise beurteilt werden kann. Körperliche Gewalt empfindet er als weniger schlimm.

Michaela, David und Lea empfinden beide Verhaltensweisen als negativ.

Lea würde das Kind in dieser Situation bitten damit aufzuhören bzw. würden Lea und Michaela zur Lehrperson gehen und ihr Bescheid geben.

Interpretation

Alle ADHS-Kinder bis auf Manuel wissen über den Unterschied zwischen positiven und negativen Verhaltensweisen Bescheid.

- Manche Kinder bestimmen in der Pause gerne was gespielt wird, und anderen fällt es schwer zu bestimmen. Bestimmst du gerne, was gespielt wird? Ja/Nein

Manuel lässt seine MitschülerInnen das Spiel in der Pause aussuchen.

Michaela bestimmt gerne das Spiel in der Pause.

Lea spielt lieber alleine in der Pause, da die Kinder Spiele wählen, die sie nicht kann.

David: „Nicht immer, ich lass die anderen manchmal.“

Interpretation

Bis auf Michaela schätzen sich alle SchülerInnen in Bezug auf ihr tatsächliches Verhalten richtig ein.

- Während der Pause spielen deine MitschülerInnen gemeinsam ein Spiel. Du möchtest gerne mitspielen, aber sie lassen dich nicht. Beginnst du deswegen mit ihnen zu streiten? Ja/Nein

Manuel würde gegenüber den anderen Kindern mit körperlicher Gewalt reagieren bzw. der Lehrerin Bescheid sagen.

Michaela und David würden zur Lehrerin gehen und ihr den Vorfall schildern.

Lea würde die Kinder noch einmal fragen, ob sie am Spiel teilnehmen darf bzw. zur Lehrerin gehen.

Alle vier Kinder würden den Vorfall der Lehrperson mitteilen.

Interpretation

Michaela und Lea würden in dieser Situation mit einer negativen Verhaltensweise reagieren und schätzen sich damit falsch ein.

Konfliktsituationen (Antwortmöglichkeiten in Bilderform)

Wir werden dir nun noch ein paar Fragen stellen. Du antwortest, indem du auf das Bild zeigst, dass du für richtig hältst. Du kannst auch mehrere Bilder auswählen.

- Was machst du, wenn dich ein(e) MitschülerIn ärgert?
z.B. ich ignoriere ihn/sie, ich trete ihn/sie, ich erzähle es meiner LehrerIn;

Manuel würde seinen Mitschüler außer seinen Freund M. schlagen und wenn dies nicht helfen würde, sagt er der Lehrperson Bescheid.

Michaela würde zu Beginn versuchen mit den/der MitschülerIn zu reden.

Auf die Frage, welche Verhaltensweise sie am öftesten zeigt, gibt sie an, körperliche Gewalt anzuwenden bzw. der Lehrperson über das Geschehen zu berichten.

Lea und Daniel würden als erstes der Lehrerin Bescheid sagen und mit dem Kind reden. Bei genaueren Nachfragen gibt Lea an, das Kind körperlich anzugreifen und anzuschreien.

Interpretation

Alle Kinder schätzen sich in Bezug auf ihre Verhaltensweise richtig ein. Jedoch nur David verhält sich korrekt und angemessen.

- Was tust du bei einem Streit?
z.B. ich raufe mit ihm/ihr, ich frage meine Lehrerin um Hilfe, ich gehe weg, ich versuche das Problem durch Bereden zu lösen;

Manuel und Daniel würden bei einem Streit versuchen mit der anderen Person zu reden. Lea würde zur Lehrerin gehen und ihr Bescheid geben.

Michaela: „zuhauen.“ (zeigt auf das entsprechende Bild)

Michaela gibt an, bei Streitsituationen mit körperlicher Gewalt zu reagieren.

Interpretation

Die Moralvorstellungen der ADHS-Kinder sind bis auf Michaelas angemessen. Allerdings schätzt sich nur sie richtig ein, denn die anderen SchülerInnen würden ebenfalls mit aufbrausendem und aggressivem Verhalten reagieren.

- Wie soll man sich bei einem Streit verhalten?
z.B. ich raufe mit ihm/ihr, ich schreie ihn/sie an, ich versuche mich mit ihm/ihr auszusprechen, ich verpetze ihn/sie bei der Lehrerin?

Manuel teilt mit, dass Reden und der Lehrerin Bescheid geben gute Verhaltensweisen sind, raufen und weggehen sind negative Verhaltensweisen.

Michaela, David und Lea berichten, dass Reden und zur Lehrerin gehen gute Verhaltensweisen in dieser Situation sind, außerdem geben Lea und David auch an, dass weggehen positiv ist.

Interpretation

Alle Kinder zeigen eine positive Moralvorstellung bei der Lösung von Konflikten.

- Ein(e) MitschülerIn von dir weint, weil er/sie sich weh getan hat. Wie reagierst du?
z.B. ich gehe auf ihn/sie zu und frage was los ist, ich spiele/arbeite weiter, ich erzähle es meiner Lehrerin;

Manuel: „dem tät ich helfen ... hm hast du dir weh getan? und dann tät ich mit ihm zur Lehrerin gehen und sagen er hat sich weh getan ... nur wenn er nicht so dreckig ist ... ähm wenn er nicht so schlampig, wenn er nicht so pickig wär, weil der Felix, der ist immer so schlampert immer.“

Alle vier Kinder würden das Kind trösten, wenn sie mit ihm befreundet sind. Manuel teilt außerdem mit, dass er bei Kindern, die er nicht mag, nicht reagieren würde. David und Michaela geben an, der Lehrperson den Vorfall zu berichten, wenn sie mit dem Mitschüler nicht befreundet sind.

Interpretation

In Bezug auf Mitgefühl und Empathie zeigen alle Kinder positive Moralvorstellungen und setzen diese auch in der Realität um.

SchülerIn-SchülerIn-Beziehung

- Wie oft streitest du mit deinen FreundInnen?

Mit den MitschülerInnen, mit denen Manuel sich gut versteht, streitet er manchmal. Häufig streitet er mit seinen Mitschülern Mario und Michaela, da er die beiden nicht gern hat.

Daniel und Michaela geben an, nicht mit ihren Freunden zu streiten.

Lea streitet fast nie mit ihren Freundinnen.

Interpretation

Manuel ist der einzige der sich in diesem Fall richtig einschätzt, denn die anderen Kinder geraten auch häufig in Streitsituationen mit ihren Freunden.

- Verstehst du dich mit eine(m)r MitschülerIn besonders gut?

Daniel und Michaela verstehen sich mit zwei MitschülerInnen besonders gut.

Manuel versteht sich mit einem Mitschüler gut und mit Michaela kommt er nur teilweise gut aus.

Lea: „Sabrina und Jessy.“

I: „Mit wem verstehst du dich nicht so gut in der Klasse?“

Lea: „Manuel, ähm mit den Buben.“

Interpretation

Alle ADHS-Kinder schätzen sich in Bezug auf ihre Freundschaften innerhalb der Schule richtig ein.

- Mit wem spielst du in der Pause gerne?

Manuel spielt entweder mit einem Mitschüler, mit der er sich gut versteht oder alleine in der Pause.

David spielt nur mit seinen zwei Freundinnen in der Pause.

Lea gibt an, dass ihr in den Pausen meist langweilig ist bzw. dass sie manchmal mit Michaela spielt.

Interpretation

In Bezug auf ihre Pausengestaltung beurteilen sich die SchülerInnen angemessen.

- Leihst du deinen MitschülerInnen gerne etwas, wenn sie z.B. einen Bleistift vergessen haben?

David gibt an, dass er neidisch ist und seinen MitschülerInnen nichts borgt.

Manuel: „Ähm () ähm eher einen ganz alten, weil die pickt er dann immer so an ... weil der ihn dann in den Mund nimmt und so ... und dass ist dann deppat.“

Lea erwähnt, dass sie ihren MitschülerInnen, die sie nicht mag, nichts leihen würde und auch nichts mit ihnen zu tun haben möchte.

Michaela erzählt, dass sie nur Kindern, die sie mag, etwas borgen würde.

Interpretation

Alle ADHS-Kinder würden in dieser Schulsituation tatsächlich so handeln.

- Hilfst du deinen MitschülerInnen gerne, wenn sie eine Aufgabe oder einen Arbeitsauftrag nicht verstehen?

Manuel würde allen Kindern helfen, wenn sie eine Aufgabe nicht verstehen. Lea und David würden nur den Kindern helfen, die sie auch mögen.

Interpretation

Manuel und David würden sich entsprechend ihrer Aussage verhalten. Da Lea sehr hilfsbereit gegenüber anderen Kindern ist, nehmen die Autorinnen an, dass sie alle MitschülerInnen unterstützen würden.

- Glaubst du, dass du seit dem Schuleintritt in die Kiprax netter zu den anderen Kindern bist?

Lea: „Mh mh (verneint). Eigentlich ein bisschen netter, weil sie ein bisschen netter sind, als in der alten Schule, da waren wir nämlich so viele Kinder, da haben mich alle ausgelacht, haben mich beschimpft, haben mich gehaut.“

Michaela gibt an, zu den anderen Kindern gleich nett zu sein. Manuel und Lea empfinden sich nun als ein bisschen netter. David ist der Meinung, nun netter zu sein.

Interpretation

Alle Kinder bis auf Michaela schätzen sich in Bezug auf ihr Verhalten richtig ein. Bei ihr konnten die Forscherinnen ein besonders ausgeprägtes negatives Verhalten beim Schuleintritt gegenüber anderen Kindern beobachten.

Wohlbefinden der ADHS-Kinder

- Stell dir vor, du hast dich in der Früh über etwas sehr geärgert und bist jetzt darüber traurig. Erzählst du jemanden davon in der Schule? Ja/Nein

Manuel würde sowohl den Lehrpersonen, als auch seinen/ihren MitschülerInnen mitteilen, wenn er traurig ist.

Michaela und David würden es niemanden mitteilen.

Lea würde es den Lehrpersonen oder ihren Freundinnen in der Klasse erzählen, jedoch nicht im Morgenkreis.

Interpretation

Leas Aussagen stimmen mit ihrem tatsächlichen Verhalten im Bildungszentrum Kiprax überein. Auch David wendet sich im Gegensatz zu seiner Aussage hin und wieder an Lehrpersonen.

- Hast du Freunde in deiner vorherigen Schule gehabt?

Manuel und Michaela geben an, sehr viele Freunde in ihrer vorherigen Schule gehabt zu haben. Des Weiteren erzählt Michaela, dass ihre dortigen Freunde sie bei Wutausbrüchen besser verstanden und dass sie diese sehr vermisse.

Lea hatte zwei beste Freundinnen in der Regelschule, die sie sehr vermisst. Sie würde ihre alte Klasse gerne öfters besuchen, jedoch lässt die Mutter dies nicht zu.

David: „Nicht so viele nein ... Da sind mich viele in der Schule angegangen ... ich war ein Schläger.“

Interpretation

Lea und Daniel hatten tatsächlich Freunde in der vorherigen Schule. Manuel und Michaela hatten hingegen nicht sehr viele, sondern eher vereinzelt und ständig wechselnde Freundschaften in ihrer ehemaligen Schule. Diese Informationen erhielten die Forscherinnen aus den Gesprächen mit den Eltern, die auch im Tagebuch notiert wurden.

- Du bist jetzt seit einem halben Jahr im Bildungszentrum Kiprax. Wie hast du dir die Schule vorgestellt, bevor du das erste Mal hier warst? (Räumlichkeiten, LehrerInnen, SchülerInnen, HÜ, Leistung)

Manuel dachte, dass die Lehrerinnen in der Kiprax nicht so streng sind und dass es mehr Hausübungen gibt als in der vorherigen Schule.

Michaela hätte es sich in der Kiprax schöner vorgestellt und dachte, dass die Lehrerinnen lieber und netter sind.

Lea dachte, dass alle Kinder in ihrer Klasse gleich alt wären.

David hat sich die Kiprax gut vorgestellt und dachte, dass die Lehrerinnen dort streng sind.

Interpretation

Alle vier Kinder hatten kein konkretes Bild vom Bildungszentrum Kiprax.

- Wie gefällt es dir in der Kiprax?
(Warum gefällt es dir besonders gut bzw. schlecht?)

David gibt an, dass ihm der Unterricht in der Kiprax gefällt, außerdem betont er den für ihn positiven Aspekt der Freiwilligkeit der Hausübung. Die geringe SchülerInnenanzahl sieht er ebenfalls als positiv.

Manuel würde seine Pausen lieber im Freien verbringen und erwähnt die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten in der Kiprax. Besonders gut gefällt ihm, dass er nur wenig Hausübung hat.

Lea hätte gerne mehr Pausen und am Morgen ist ihr häufig langweilig, da sie meist schon eine Stunde vor Schulbeginn in der Kiprax ist.

Michaela gefallen besonders gut die Belohnungen und Smileys, die man für adäquate Verhaltensweisen erhält. Sie hätte sich die Kiprax schöner vorgestellt. Das Mädchen gibt an, traurig zu sein, da es lieber wieder die Regelschule besuchen würde.

Interpretation

Alle Kinder bis auf Michaela fühlen sich im Bildungszentrum Kiprax laut ihren Angaben wohl. Manuel und Lea geben konkrete Wünsche zur Verbesserung des Wohlbefindens an. Beide wünschen sich mehr Raum für Bewegungsmöglichkeiten. In Bezug auf Michaela gehen die Forscherinnen davon aus, dass sie sich nicht grundsätzlich unwohl fühlt. Dies lässt sich auf die besonders gute Beziehung zu den Lehrpersonen und auf positive Rückmeldungen der Mutter zurückführen. Im Gegenzug zu ihren MitschülerInnen besuchte Michaela nur für etwa drei Wochen eine Montessorischule und konnte daher einen typischen Schulalltag mit Regeln und Konsequenzen nie erfahren. Dies führte dazu, dass sie nie einem Leistungsdruck ausgesetzt wurde, aber das Bildungszentrum Kiprax deutlich mehr von ihr in Bezug auf schulische Leistung und Verhaltensregeln verlangt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist es Michaela noch nicht vollständig gelungen sich auf diese Veränderung einzustellen.

- Was ist hier anders als in der vorherigen Schule? (Räumlichkeiten, LehrerInnen, SchülerInnen, Hausübung, Leistung)

Manuel berichtet, dass er in der Regelschule nur eine Lehrerin hatte, die er nicht mochte und die bei Konflikten schnell die Nerven verlor. Zeitweise findet er es in der Kiprax anstrengend, da er von zwei Lehrerinnen unterrichtet wird, andererseits betont er auch den positiven Aspekt, dadurch mehr Zuwendung zu erhalten.

Michaela betont den positiven Aspekt des Belohnungssystems in der Kiprax. Zudem empfand sie ihre Lehrerin in der vorherigen Schule als netter und lieber. In der Regelschule durfte sie Hausarbeiten wie zum Beispiel Pflanzen gießen und abwaschen erledigen.

Lea erzählt, dass sie in der Regelschule zusätzlich zur großen Pausen auch kleine Trink- und Esspausen hatte.

David: „Nicht so laut wie in der Sonderschule ... hm die Fr. Direktorin meiner alten Schule, die die ist schon brutal. Nicht, sie schlägt keinen, aber ähm, die mag ich nicht.“

David betont, dass es in der Kiprax ruhiger und gemütlicher ist, er jedoch nun mehr arbeiten muss als in der Regelschule. Er gibt an, dass er von der vorherigen Schule sehr genervt war, da er dort keine Freunde hatte und viele Konflikte entstanden, die von ihm mit körperlicher Gewalt geregelt wurden. Die Lehrerin mochte ihn nicht und ignorierte ihn, wenn er ihre Hilfe bei der Lösung von Konflikten benötigte. Im Gegensatz zur Regelschule versteht er sich sowohl mit der Leitung als auch mit den Lehrpersonen von der Kiprax.

Interpretation

Die ADHS-Kinder geben an, dass das Bildungszentrum Kiprax im Gegensatz zu ihren vorherigen Schulen ruhiger und gemütlicher ist, die Beziehung zu den Lehrpersonen besser und intensiver ist. Jedoch gibt es weniger Pausen und die Leistungsanforderung wird von den ADHS-Kindern als höher bewertet.

- Warum glaubst du, dass du nun in diese Schule gehst?

Manuel: „Hm, weil ich mein Verhalten bessern muss, weil ich dort so, weil der Stoff so schnell war für mich und weil die dort so schnell gearbeitet haben für mich. Ich hab dauernd bei die Ansagen tausende Fehler ghabt.“

Michaela ist sich nicht bewusst, warum sie die Kiprax besucht.

Lea glaubt die Kiprax zu besuchen, da hier die SchülerInnenanzahl geringer ist und sie damit besser umgehen kann. Da alle Kinder in der Kiprax an ADHS leiden, wird sie hier nicht wegen ihrer Verhaltensauffälligkeiten gemobbt.

David weiß darüber Bescheid, dass er ADHS hat und deshalb dieses Bildungszentrum besucht, gibt allerdings an, dass er nicht weiß, was diese Störung bedeutet.

Interpretation

Alle ADHS-Kinder bis auf Michaela können einen Grund für ihren Eintritt in das Bildungszentrum Kiprax angeben, der auch der Realität entspricht.

- In unserer Klasse gibt es verschiedene Regeln. Gibt es diese bei dir zuhause auch? Welche? (Belohnung/Bestrafung)

David hat auch zuhause gewisse Regeln einzuhalten, beispielsweise darf er keine Schimpfwörter verwenden, muss brav sein und darf keine gewalttätigen Computerspiele spielen.

Manuel: „Na eigentlich gar keine. Bei mir ist noch nie bei da Mama eine Regel aufgefliegen. Sie hat ma noch nie eine Regel gsagt ... halt, halt, die Regeln sind im neuen Haus, dass ma den Boden nicht schmutzig machen darf, weil auf den Boden ist die Mama so hagli, heikel.“

Auch bei Lea herrschen zuhause gewisse Regeln, nämlich sie darf nicht schimpfen, nicht betteln, niemanden weh tun, nur fernschauen, wenn sie ihre Zähne geputzt hat und muss ihr Zimmer zusammenräumen. Zwar hält sie sich zumeist an die Regeln, bloß das Sauber halten ihres Zimmers vernachlässigt sie.

Michaela darf zuhause nicht mit dem Ball spielen und nicht raufen.

Interpretation

In Bezug auf Regeln im familiären Bereich wissen die ADHS-Kinder über deren Existenz Bescheid. Konkrete Regeln sind jedoch nur bei David und Lea vorhanden.

- Jeden Tag findet in der Kiprax ein Morgenkreis statt. Welches Smiley zeigst du am häufigsten, wenn dich die Lehrerin fragt, wie es dir geht?

Melanie und David zeigen am häufigsten das lächelnde Smiley her. Lea und Manuel geben an, alle Smileys zu verwenden, am häufigsten jedoch das Gute und Mittelmäßige.

Interpretation

Die richtige Interpretation ihrer Gefühlsage gelang nur Lea und David. Manuel zeigte eine Tendenz zur negativen Bewertung seines Wohlbefindens, die er selten begründen konnte. Bei Michaela konnte kein genauer Trend beobachtet werden, da sie Schwierigkeiten hatte sich selbst zu reflektieren und ihr gleichzeitig die notwendige Ernsthaftigkeit dafür fehlte.

- Wie verstehst du dich mit den Lehrerinnen in deiner Klasse?

Manuel und Michaela verstehen sich mit zwei von drei Lehrerinnen gut. David gibt an, sich mit einer Lehrperson besonders gut zu verstehen, da diese ihm den Lernstoff gut erklärt. Lea versteht sich mit allen Lehrpersonen gut.

Interpretation

David und Lea schätzen sich in Bezug auf die Fragestellung richtig ein. Bei Manuel ist erkennbar, dass sich Konsequenzen auf seine Haltung gegenüber den Lehrpersonen kurzfristig auswirkten. Michaelas Bindung zu den Pädagoginnen war zeitweise von einer ausgeprägten Anhänglichkeit gekennzeichnet. Sie suchte stets die Anerkennung und Zuneigung und wollte diese nach Konflikten rasch wieder herstellen.

- Beschreibe deine Traumschule?
(Wie sollten die LehrerInnen sein? Was wünschst du dir von ihnen?)

Michaela berichtet, dass ihre vorherige Schule ihre Traumschule ist, weil es dort weniger Regeln gibt und die Lehrerin dort nicht streng war.

Manuel würde sich eine riesengroße Schule wünschen mit netteren Lehrpersonen, die weniger anstrengend sind. Außerdem möchte er keine Regeln in der Schule und weniger Arbeitsaufträge und Hausübungen erhalten. Zudem wünscht er sich Lehrpersonen, die ihm helfen, wenn er etwas nicht versteht.

Lea möchte fünf Mitschülerinnen in ihrer Traumschule, wobei jedes Kind eine eigene Lehrerin zur Verfügung hat. Des Weiteren müssten sie nur das machen, was sie wollen.

David: „Ähm meine Traumschule? Mh, es fast gleich wie hier ... außer ich will ein bisschen weniger Deutsch und Mathe und keine Hausübungen.“

Interpretation

Michaela, Lea und Manuel geben an, dass sie sich ihre Traumschule mit weniger Regeln und geringerer Leistungsanforderung vorstellen. Auch David bewertet die Arbeitsaufträge als zu umfangreich. Zudem wünschen sich die Kinder mehr Möglichkeit zur Bewegung. Auch die Autorinnen betrachten diesen Mangel an Optionen zur Bewegungsgestaltung als negativ und würden einen Turnsaal oder Schulhof als dringend erforderlich erachten. Des Weiteren ist anzumerken, dass David das Bildungszentrum Kiprax als seine Traumschule bezeichnet.

Eltern-Kind-Beziehung

David gehorcht seinen Großeltern nicht. Er ist über seine Verhaltensauffälligkeit informiert. Zudem berichtet er über die Schwangerschaft seiner Mutter und teilt mit, dass er mit diesem Kind nichts teilen werden muss, da er ein eigenes Zimmer hat.

Manuel erzählt, dass seine Mutter ein halbes Jahr lang in der Regelschule während des Unterrichts neben ihm sitzen musste, da er sonst überfordert war.

Michaela berichtet, dass sie nie mit ihrer Mutter streitet. Zudem erwähnt sie, dass ihre Mutter sie nicht über den Grund des Besuches in das Bildungszentrum Kiprax informierte.

Die einzige Erwähnung bezüglich Leas Mutter in diesem Interview war, dass diese sie nicht die vorherige Schule besuchen lässt.

Interpretation

Aufgrund der Erfahrungen, Erzählungen der Kinder, Notizen im Tagebuch und der Interviews haben die Forscherinnen einen guten Einblick in die Beziehungen der ADHS-Kinder zu ihren Bezugspersonen. David hat eine harmonische Beziehung zu seiner Bezugsperson, bei der er die meiste Zeit verbringt. Gegenüber seinen Großeltern zeigt er nach wie vor häufig negative Verhaltensweisen. Zu seiner Mutter besteht kaum Kontakt, da diese kein Interesse an David hat.

Manuels Beziehung zu seiner Familie ist häufig schwierig. Um die Situation zu entspannen, verbringt er viel Zeit mit seinen Großeltern, mit denen er sich besonders gut versteht.

Michaela hat eine gute Beziehung zu ihren Pflegeeltern. Besonders gegenüber ihrem Vater zeigt sie sich sehr anhänglich.

aDas Verhältnis zwischen Lea und ihrer Mutter ist häufig angespannt, da diese des Öfteren versucht gegenüber ihrer Tochter konsequent zu sein. Dadurch entstehen gleichzeitig Konflikte. Ihr Vater hat ein gutes Verhältnis zu ihr. Er beschäftigt sich jedoch meistens in der Freizeit mit Lea, wobei sie bestimmend und fordernd agiert.

2. Diskussion der Ergebnisse

2.1. Interpretation der Ergebnisse

Die Autorinnen versuchen in der Interpretation die Ergebnisse aus den Pädagoginnen- und Elterninterviews zu verstehen, erklären und zu deuten. Anhand der Literatur, Beobachtungen im Feld und des Fachwissens der Forscherinnen sollen die Interviewergebnisse miteinander verglichen werden. Die getätigten Aussagen der InterviewpartnerInnen werden einer kritischen Betrachtung der Verfasserinnen unterzogen. Die Aufarbeitung der Ergebnisse erfolgt durch die Interpretation der einzelnen Kategorien. Im Mittelpunkt der Befragung der Eltern und Pädagoginnen stand die Einstellung zu den ADHS-Kindern und die Entwicklung deren Sozialverhaltens im Bildungszentrum Kiprax. Zudem sollen die pädagogischen Maßnahmen kritisch bewertet und mit der Literatur verglichen werden, um eventuelle Verbesserungsvorschläge machen zu können. Um die Ergebnisse der ADHS-Kinder zu interpretieren, werden zusätzlich Tagebucheinträge und Beobachtungsbögen herangezogen. Wie auch bei den Eltern und Pädagogen werden die Ergebnisse nach den einzelnen Kategorien interpretiert. Ziel der Autorinnen war es die Selbsteinschätzung und Reflexion der Verhaltensweisen der ADHS-Kinder zu vergleichen und zu überprüfen und mit ihren eigenen Erfahrungen abzugleichen. Die Entwicklung des Sozialverhaltens wurde über mehrere Monate erhoben und familiäre Situationen und ihre Auswirkung auf das ADHS-Kind in Form eines Tagebuchs festgehalten. Daraus resultieren die Falldarstellungen der einzelnen ADHS-Kinder. Diese wurden zudem mit den Einträgen aus ihren Akten ergänzt, um ein konkretes Bild über die schulische und familiäre Situation zu erhalten. Dies führt dazu, dass die Forscherinnen ein Hintergrundwissen besitzen, das zu einem besseren Verständnis gegenüber Eltern und deren ADHS-Kind führt. Wichtig war es zudem das Wohlbefinden der SchülerInnen zu evaluieren und auf eventuelle Wünsche der Kinder einzugehen.

2.1.1. Interpretation zu den Aussagen der Pädagoginnen und der Eltern

Einstellung zum Alltag mit den ADHS-Kindern

Zusammenfassen lässt sich feststellen, dass sowohl die Pädagoginnen als auch die Eltern die ADHS-Kinder als belastend empfinden. Als besonders anstrengend wird die kontinuierliche Forderung der Aufmerksamkeit durch die Kinder erlebt. Zudem sind sie sich jedoch ebenso darüber einig, dass sie eine Reihe an positiven Eigenschaften besitzen. Des Öfteren werden die Kreativität, Ehrlichkeit und Neugierde von den Pädagoginnen und Eltern genannt. Der Großteil der befragten InterviewpartnerInnenInnen sieht die Diagnose ADHS als Bereicherung an. Aus der Erfahrung mit den ADHS-Kindern vermuten die Forscherinnen, dass dies an der überschwänglichen Lebensfreude und unerschöpflichen Energie ihrerseits liegt. Gleichzeitig vergessen sie Rückschläge und Konflikte schnell und verhalten sich gegenüber anderen nicht nachtragend. Ebenso sind sie dazu in der Lage negative Verhaltensweisen durch ihre darauf folgende positive Art, die sich in besonderer Zuneigung zu den Bezugspersonen zeigt, auszumerzen.

Beziehung zum Kind

In Bezug auf die Beziehung zum Kind geben alle bis auf Interviewpartnerin III an, ein gutes Verhältnis zum ADHS-Kind zu haben. IP VI teilt mit, dass sich die Beziehung zu ihrem Kind seit dem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax verbessert hat. Dies lässt sich auf den Erziehungsstil der Personen zurückführen. Bereits in Studien wurde erforscht, dass die ADHS-Kinder eine Erziehung benötigen, die durch Konsequenz, Routine, transparente Regeln und Zuwendung geprägt ist (Hinshaw, 2000). Zudem konnte von den Forscherinnen festgestellt werden, dass abgesehen von IP III alle InterviewpartnerInnenInnen den ADHS-Kindern mit einem geduldigen und verständnisvollen Verhalten entgegenkommen. Negativ wirkt sich hingegen ein aufbrausender und impulsiver Umgang mit dem Kind aus. Zudem gehen die Forscherinnen davon aus, dass vor allem das fundierte Wissen der Pädagoginnen über das Störungsbild dazu verhilft, ein Verständnis für die speziellen Bedürfnisse des Kindes zu schaffen und somit die Beziehung zu stärken.

Veränderungen des Sozialverhaltens seit dem Bildungszentrum Kiprax

Die Eltern und Pädagoginnen berichteten von verbal ausfälligem und aggressivem Verhalten der ADHS-Kinder vor dem Eintritt in das Bildungszentrum Kiprax. Mittlerweile trat eine Verbesserung des Sozialverhaltens ein, welches sich vor allem in den Bereichen der Verringerung der Aggressivität, Weiterentwicklung und teilweise Realisierung von Moralvorstellungen, geringere Impulsivität und ein gelasseneres Gemüt, zeigt. Auch bei der Lösung von Konflikten und dem Umgang mit MitschülerInnen ist eine Verbesserung ersichtlich. Aufgrund der Aussagen der InterviewpartnerInnen und der Beobachtung der Forscherinnen ist davon auszugehen, dass sich das Sozialverhalten unter den speziellen Bedingungen im Bildungszentrum Kiprax zum Positiven entwickelt. Dies lässt sich auf die Anwendung der adäquaten pädagogischen Maßnahmen, die auch in der Fachliteratur angegeben werden, zurückführen. Dieser Umstand wird auch seitens der Eltern bestätigt, die die pädagogische Schulung der ErzieherInnen als eine positive Ursache für die Verbesserung des Sozialverhaltens betrachten. Zudem bestätigte sich, dass die ADHS-Kinder im Rahmen des Bildungszentrum Kiprax ihre Außenseiterrolle ablegen und dies zu einer Steigerung des Wohlbefindens führt. Ebenso wirken sich die speziellen Rahmenbedingungen, die sich mit den Angaben aus der Literatur decken, positiv aus. Sie bieten die Möglichkeit sich intensiver mit der Verbesserung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder zu beschäftigen und auch Fehlverhalten ihrerseits zu besprechen und alternative Handlungsmuster aufzuzeigen. Durch die Forderung nach Selbsteinschätzung über ihr Verhalten seitens der Lehrpersonen, erlernen die ADHS-Kinder sich kritisch zu reflektieren.

Pädagogische Maßnahmen

Die Lehrpersonen wenden die pädagogischen Maßnahmen an, welche auch in der Literatur als positiv für die ADHS-Kinder beschrieben werden. Die Eltern der ADHS-Kinder wissen zwar über die korrekten pädagogischen Interventionen Bescheid, haben jedoch häufig Schwierigkeiten in der Umsetzung. Es fehlt ihnen an Konsequenz und der nötigen Gelassenheit bei Konfliktsituationen. Die Forscherinnen vermuten jedoch auch, dass die Eltern versuchen möglichen Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen und daher feste Regeln für ihre Kinder vermeiden. Zudem

wollen sie sich dieser Verantwortung entziehen und übergeben die Aufgabe der erzieherischen Maßnahmen an das Bildungszentrum Kiprax weiter. Dies wirft die Frage auf, ob entsprechende erzieherische Maßnahmen seitens der Eltern von Beginn an eine positive Wirkung ausüben und sich somit die ADHS-Symptomatik in einem geringeren Ausmaß ausbilden würde. Um eine bestmögliche Verhaltensänderung zu erzielen, wäre es notwendig nicht nur im schulischen Bereich, sondern auch im familiären Bereich, die im Bildungszentrum Kiprax verfolgten pädagogische Schritte anzuwenden, die auf die Bedürfnisse der ADHS-Kinder ausgerichtet sind.

Zusammenarbeit zwischen Pädagoginnen und Eltern

Die Pädagoginnen berichten von einem umfangreichen Angebot an Unterstützungsmaßnahmen für die Eltern. Dazu zählt das Elterntaining, Sprechstunden, Elternabend und Kontakt über Telefon und Email. Allen Eltern sind die Möglichkeiten bekannt, jedoch werden diese nur von wenigen genutzt. Gleichzeitig bemängeln die Eltern die geringe Zusammenarbeit mit den Pädagoginnen. Hierbei kann man feststellen, dass die Eltern der ADHS-Kinder über Unzufriedenheit in der Zusammenarbeit der Pädagoginnen klagen, allerdings nehmen sie die angebotenen Möglichkeiten nicht wahr. Es erscheint hier wieder so, dass sich die Eltern der Verantwortung entziehen wollen und kein Interesse gegenüber der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zeigen, da die Auseinandersetzung mit der Thematik immer auch mit einem Aufwand verbunden ist. Die Autorinnen vermuten, dass von den Pädagoginnen festgelegte Elterngespräche von den Eltern eher in Anspruch genommen werden, da ihnen durch die Vorgabe Überwindung genommen wird und sie gleichzeitig eine Pflicht verspüren daran teilzunehmen. Von Bedeutung wäre das Bewusstsein machen der Notwendigkeit der intensiven Zusammenarbeit, um ihnen Inhalte und pädagogische Maßnahmen die für die ADHS-Kinder erforderlich sind, zu vermitteln. Die optimale Wirksamkeit kann erst erreicht werden, wenn auch im familiären Bereich entsprechend interveniert wird.

Wohlbefinden der ADHS-Kinder

Sowohl die Pädagoginnen als auch die Eltern konnten seit dem Einstieg ins Bildungszentrum Kiprax eine Steigerung des Wohlbefindens der ADHS-Kinder erkennen. Die ADHS-Schüler sind nun ruhiger und ausgeglichener.

Die Annahme der Forscherinnen, dass die Außenseiterrolle im Bildungszentrum Kiprax wegfällt, bestätigt sich hiermit. Da alle Kinder an ADHS leiden, nehmen sie nicht mehr die Rolle als Störenfried oder Zappelphilipp wie in der Regelschule ein. Verhaltensauffälligkeiten werden von den Pädagoginnen und MitschülerInnen nicht mehr als Besonderheit betrachtet, denn das Augenmerk wird nicht auf die Störung, sondern auf das gesamte Kind, gerichtet.

Jedoch hat sich dieser Zustand seit Anfang des Jahres 2011 verschlechtert, welches von einer Pädagogin und allen Eltern auf die größere Schüleranzahl zurückgeführt wird. Auch die Forscherinnen konnten den Umstand wahrnehmen, dass mit jedem neuen Schüler der Lärmpegel im Klassenzimmer anstieg und dadurch die Konzentration der Kinder abnahm und Konflikte durch den Platzmangel häufiger entstanden. Daher empfehlen die Forscherinnen wie die Pädagogin (IP II) mehr Räumlichkeiten, um die Gruppengröße zu verkleinern und um mehr Bewegungsmöglichkeiten herzustellen. Im Vergleich zur Hebo-Schule in Bonn werden im Bildungszentrum Kiprax ausschließlich ADHS-Kinder unterrichtet. Biegert (2011), Leitung der Hebo-Schule, empfiehlt eine Klassengröße von 12 Kindern, wobei jedoch darauf geachtet werden muss, dass ADHS-Kinder mit anderen Kindern, die zum Beispiel an Teilleistungsschwächen oder Sozialstörungen leiden, zusammen unterrichtet werden, welches gleichzeitig dazu führt, dass die notwendige Ruhe im Klassenraum hergestellt wird.

Veränderung auf die Familiensituation

Alle Eltern geben im Interview an, dass sich seit dem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax des Kindes die Familiensituation entspannt hat, da die Kinder ruhiger sind und dadurch weniger Konflikte entstehen. Bis auf IP IV erwähnen die InterviewpartnerInnen den Vorteil der internen Regelung bei schulischen Konflikten und somit die gleichzeitige Entlastung ihrerseits. Zugleich steigert sich das Wohlbefinden der Eltern und ihrer ADHS-Kinder, da negative Verhaltensweisen wie

in der Regelschule im Bildungszentrum Kiprax nicht dramatisiert werden. Durch diese Entlastung verbessert sich die Eltern-Kind-Beziehung und aufgrund des positiven Feedbacks seitens der Pädagoginnen sammeln die Eltern Kraft, um an der Verbesserung des Sozialverhaltens des ADHS-Kindes mitzuwirken. Außerdem bewirkt die positive Rückmeldung der Pädagoginnen, dass auch die Eltern die positiven Seiten ihres Kindes wieder wahrnehmen.

SchülerIn-SchülerIn-Beziehung

Aufgrund der Interviewergebnisse kann man eine positive Entwicklung der Beziehung zwischen den ADHS-Kindern erkennen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Veränderung des Sozialverhaltens im Bildungszentrum Kiprax fokussiert wird. Diese Entwicklung erfolgt durch die konsequente Umsetzung von Lob und Belohnung bei positiven Verhalten und negativen Konsequenzen bei Regelverstößen und Fehlverhalten. Die spielerische Vermittlung von Verhaltensregeln wurde von den Kindern gut angenommen. Gleichzeitig ist erkennbar, dass sie nun einen respektvolleren Umgang miteinander pflegen. Nach wie vor sind nicht alle ADHS-Kinder dazu in der Lage, längerfristig Freundschaften aufrecht zu erhalten, dass darauf zurück zu führen ist, da sie die von der Gesellschaft geforderten Werte und Normen in Bezug auf den Umgang mit Mitmenschen teilweise noch nicht verinnerlicht haben. Dieser Entwicklungsprozess benötigt viel Zeit und Konsequenz seitens der ErzieherInnen.

2.1.2. Interpretation zu den Aussagen der ADHS-Kinder

Übernahme von Werten, Normen und Moralvorstellungen

Um sich in die Gesellschaft einzugliedern, bedarf es Normen und Werte zu kennen und diese zu übernehmen. Des Weiteren ist es bedeutsam, positive und negative Moralvorstellungen unterscheiden zu können. In diesem Bereich haben besonders ADHS-Kinder große Schwierigkeiten. Aufgrund dessen hat sich das Bildungszentrum Kiprax das Ziel gesetzt, ADHS-Kindern Wertvorstellungen und Orientierungskompetenz zu vermitteln und in weiterer Folge auch umsetzen zu können.

David

Im Bereich seiner Kooperationsfähigkeit gibt es seit seinem Eintritt ins Bildungszentrum Kiprax positive Entwicklungen. Zuvor war es David nicht möglich sich über bevorstehende Handlungen auszutauschen, zu planen und durchzuführen. Dies betraf sowohl die Zusammenarbeit mit den Pädagoginnen als auch die mit den MitschülerInnen. Mittlerweile ist es ihm gelungen mit anderen Personen zu kooperieren.

Aus den Interviewergebnissen ist ersichtlich, dass David am häufigsten korrekte Moralvorstellungen besitzt. Bereits beim Schuleintritt konnten die Forscherinnen feststellen, dass David zuvor schon gut zwischen positiven und negativen moralischen Grundhaltungen unterscheiden konnte. Anderen Personen kann er mittlerweile mit respektvollen Verhalten gegenüber treten und ist in der Lage, sich empathisch zu verhalten.

Lea

Aufgrund ihrer dominanten und eigensinnen Persönlichkeit, fällt es Lea schwer anderen Personen mit dem nötigen Respekt zu begegnen. Lea unterstützt ihre MitschülerInnen, wenn diese Schwierigkeiten haben eine Aufgabe zu lösen. Aufgrund ihres Wunsches eine Führungsrolle zu übernehmen, kommen ihr diese Situationen sehr gelegen, um diese Rolle auszuleben.

Leas Wertvorstellungen haben sich seit dem Eintritt in das Bildungszentrum Kiprax zum Besseren entwickelt. Auch bei der Auswertung der Interviews wurde erkennbar, dass sie positive Moralvorstellungen besitzt. Ein Beispiel dafür zeigt sich dadurch, dass sie ihre MitschülerInnen bei Fehlverhalten ermahnt und diese auffordert sich an die Regeln zu halten. Daraus lässt sich schließen, dass sie Werte, Orientierungskompetenz und Verantwortungsbewusstsein entwickelt hat.

Michaela

Bis jetzt zeigt Michaela noch keine deutliche Übernahme von Werten. Sie kann zwar Fehlverhalten bei anderen Kindern wahrnehmen und sie darauf aufmerksam

machen, jedoch noch nicht das gleiche Fehlverhalten bei sich selbst wahrnehmen und dementsprechend reagieren.

Deutliche Schwächen bestehen bei ihr vor allem noch in der Kooperation mit anderen. Sowohl mit den Erwachsenen als auch mit ihren MitschülerInnen kann sie nicht planen und gemeinsame Absprachen tätigen. Wenn ihr dieser Schritt dann doch noch gelingt, hat sie aber deutliche Probleme bei der Umsetzung.

Die Beziehung zu anderen Kindern hat sich, wie bereits erwähnt, deutlich verändert. Nicht nur, dass sie nun Beziehungen generell eingeht, sondern auch die Art und Weise wie sie diese lebt ist von Bedeutung. Michaela ist in der Lage respektvoll mit anderen MitschülerInnen umzugehen. Auch wenn dieser Zustand noch kein dauerhafter ist, so ist sehr wohl eine positive Entwicklung seit ihrem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax festzustellen. Ebenso zeigt sie in bestimmte Situationen Fähigkeiten zur Empathie. Sie hatte bereits eine gewisse Tendenz in der Anfangsphase, die sich jedoch immer weiter ausgebildet hat.

Michaela zeigt zwar in ihren Interviewaussagen, dass sie in verschiedenen Situationen moralisch korrekt handeln würde, jedoch ist aufgrund ihrer Formulierung erkennbar, dass sie die Anweisungen der Pädagoginnen wortwörtlich wiedergibt. Dies lässt darauf schließen, dass sie die Bedeutung der Normen und Werte, die von der Gesellschaft gefordert werden, noch nicht wahrgenommen hat. Aufgrund ihres Alters und ihrer ausgeprägten ADHS-Symptomatik fehlte es ihr an einer gewissen Ernsthaftigkeit und geforderten Ausdauer für die Interviewsituation.

Manuel

Obwohl Manuel noch nicht fähig ist, Beziehungen, die von Sympathie und gegenseitigen Respekt gekennzeichnet sind, aufzubauen, ist er in der Lage Empathie zu entwickeln und die Perspektive anderer einzunehmen. Ist ein anderes Kind traurig oder benötigt Hilfe, so setzt er sich gern für diese ein. Für die Gemeinschaft jedoch kann er sich noch nicht einsetzen.

Das Kind hat noch Schwierigkeiten Verantwortung zu übernehmen und entwickelt nur sehr langsam Werte und Orientierungskompetenz.

Manuel hat bei der Bewertung von Konfliktlösungsmaßnahmen im Interview eher schlecht abgeschnitten, da es ihm nicht möglich war, den Unterschied zwischen positiven und negativen moralischen Einstellungen zu erfassen. Außerdem beurteilte

er als Einziger, körperliche Gewalt und verbale Aggression als legitime Art der Konfliktbewältigung. Aufgrund des Wissens über die familiäre Situation, bei denen diese Verhaltensweisen üblich sind, gehen die Forscherinnen davon aus, dass Manuel diese als Strategie übernommen hat.

Sozialverhalten

Hauptziel des Bildungszentrums Kiprax ist die Verbesserung des Sozialverhaltens, um eine Reintegration für die ADHS-Kinder in eine Regelschule zu ermöglichen. Der Fokus wird im Bildungszentrum Kiprax auf Regeln und Einhaltung von Grenzen gelegt, um eine Veränderung im Sozialverhalten zu erreichen. Gleichzeitig erkennen die Kinder das Fehlverhalten von ihren MitschülerInnen und lernen daraus.

Die Autorinnen beschreiben im Folgenden die Forschungsergebnisse in Bezug auf den sozialen Umgang der ADHS-Kinder. Mögliche Veränderungen der sozialen Verhaltensweisen der einzelnen ADHS-Kinder seit dem Einstieg ins Bildungszentrum Kiprax sollen hiermit erläutert werden.

David

David war zu Beginn nicht dazu in der Lage, einen Konflikt angemessen zu lösen. Seine Handlungsstrategie bestand darin, das Gegenüber durch körperliche Regungen abzuschrecken. In Streitsituationen erhebt er die Faust, als ob er in jedem Moment zuschlagen würde, nur um das Gegenüber einzuschüchtern. Ebenso zählte es zu seinen Strategien sich verbal über die Person, mit der er in einer Problemsituation steckt, aufzuregen und zu schimpfen. Zwar kennt David die Werte und Regeln der Klasse, kann sie jedoch noch nicht umsetzen.

Die Ablehnung von Bedürfnissen erträgt er nun nach wie vor eher durch Zorn, wobei dies kein unübliches Maß überschreitet. Diese Wut zeigt sich darin, dass er sich über diese Situation verbal aufzuregen beginnt und sich manchmal auch eines Schimpfwortes bedient. Zusammenfassend lässt sich diesbezüglich sagen, dass er zwar Verbote und Regeln hinnimmt, aber verbal seinen Unmut darüber zum Ausdruck bringt.

David ist es außerdem möglich Kontakte und Beziehungen zu anderen Kindern aufzubauen. Mittlerweile gelingt es ihm die Gefühle anderer wahrzunehmen und

darauf zu reagieren. Er zeigt keine Hilfsbereitschaft gegenüber anderen Personen, außer zu MitschülerInnen, zu denen er eine freundschaftliche Beziehung hat.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass David die beste Entwicklung in der Veränderung des Sozialverhaltens zeigt. Zudem geht aus den Interviewergebnissen hervor, dass er sein eigenes Verhalten einschätzen und reflektieren kann.

Lea

Zu Beginn zeigte das Mädchen des Öfteren Wutausbrüche und Verweigerungsverhalten in der Schule. Wurde sie von den Lehrpersonen bei unangemessenem Verhalten ermahnt, kritisiert oder zu Recht gewiesen, reagierte sie mit schmallenden, trotzigem und zickigen Verhalten. Reagierten die anderen Kinder auf ihr Verweigerungsverhalten, bekam sie einen Wutausbruch und begann die anderen zu treten, kratzen und zu beißen. Dieses Verhalten stellte sich allerdings schnell ein.

Bei Konfliktsituationen ist sie nicht imstande diese alleine zu lösen, sondern benötigt die Hilfe durch Dritte. Trotzdem hat sie im Laufe der Monate gelernt, einsichtiges Verhalten zu zeigen. Grundsätzlich hält sie sich an Regeln und ihre zappelige, unruhige, rechthaberische Art kommt nur mehr in Konfliktsituationen zum Vorschein.

Leas Sozialverhalten hat sich aufgrund familiärer Probleme Ende Dezember 2010 verschlechtert. Bis Ende Februar 2011 zeigte sie massives aggressives, aufbrausendes und uneinsichtiges Verhalten gegenüber ihren MitschülerInnen und Lehrpersonen. In diesem Zeitraum war sie nicht in der Lage, ihre Gefühle angemessen auszudrücken und ihre Impulsivität zu regulieren. Diese Verhaltensweisen zeigten sich derartig drastisch, dass Lea innerhalb dieser Zeit nicht am regulären Unterricht teilnehmen konnte, sondern individuell betreut wurde. Mittlerweile ist Lea wieder dazu in der Lage, sich in die Klassengemeinschaft zu integrieren und entsprechend mit ihren Mitmenschen umzugehen.

Grundsätzlich zeigte sie von Beginn an adäquate Verhaltensweisen, die sich jedoch bei Regelverstößen im Verweigerungsverhalten umwandeln.

Bei der Beantwortung der Interviewfragen zeigte sich, dass Lea ihre Verhaltensweisen nur teilweise reflektieren kann, denn sie kann nach wie vor ihre aufbrausende Art in Konfliktsituationen nicht wahrnehmen und zeigt demgegenüber kein einsichtiges Verhalten. Positiv anzumerken ist, dass Leas Angaben im Interview

bezüglich ihres Verhaltens bei Konflikten mit der Realität übereinstimmen. Anstatt Konflikte mit Aggression und körperlicher Gewalt zu lösen, wendet sie sich an eine dritte Person, die sie bei der Lösung des Konflikts unterstützen soll.

Michaela

Zum jetzigen Zeitpunkt zeigt sich Michaela deutlich verändert. Es ist ihr möglich, wenn auch nur für kurze Zeit mit anderen Kindern zu spielen. Des Weiteren zeigt sie sich auch hilfsbereit gegenüber anderen ohne dass sie dazu aufgefordert wird.

Eine weitere deutliche Verbesserung zeigt sich in ihrem Interesse an der Umwelt. Noch zu Beginn ihres Schuleintrittes beschäftigte sie sich in Pausen vorwiegend mit sich selbst. Dies deckt sich auch mit den Beobachtungen aus ihrer Zeit im Kindergarten. Sie bevorzugte es, sich mit sich selbst zu beschäftigen und ging sowohl auf andere Kinder und Erwachsene nicht ein. Einziger Kontakt zu anderen MitschülerInnen bestand darin, wenn sie sich störend und provozierend ihnen gegenüber verhielt.

Zuvor war die Ablehnung von Wünschen ihrerseits für sie unerträglich. Sie reagierte mit Wutausbrüchen. Jetzt ist es Michaela zumindest soweit möglich, dass ihre Enttäuschung sie nicht so weit überwältigt, dass sie darauf mit Zorn reagieren muss. Vielmehr bringt sie ihre Emotionen mit Sprache und nicht mit ihrem Körper zum Ausdruck.

Auf Überforderung, beispielsweise während einer Gruppenarbeit, reagiert sie stets gleich. Sie beteiligt sich nicht daran, sondern geht störend auf die anderen Kinder zu. Mittlerweile geht sie deutlich besser mit dieser Art von Situation um und lässt auch Unterstützung von anderen Kindern zu.

Nach wie vor kann sie sich nicht an vereinbarte Regeln halten. Ins Besondere bei Spielen mit bereits ausgemachten Regeln, ist sie auf ihren eigenen Vorteil bedacht. Gleichzeitig ist zu bemerken, dass sie sich nie für das Wohl der Gemeinschaft interessiert ist oder sich für sie einsetzt.

Auch die Reflexion über ihr eigenes Handeln fällt ihr noch deutlich schwer. Die Einschätzung darüber wie schwerwiegend eine Verhaltensauffälligkeit an einem Schultag war, kann sie nicht genau abgeben.

Wenn Michaela noch zu Beginn des Schuleintrittes ins Bildungszentrum Kiprax einen Konflikt mit anderen MitschülerInnen der Klasse hatte, so reagierte sie äußerst

aggressiv und brutal. Obwohl sie die jüngste in der Klasse und auch deutlich kleiner als ihre MitschülerInnen ist, war es immer sie, die in einem Streit körperlich die Oberhand behielt. Ihre Art Konflikte zu lösen war es, sie mit Gewalt zu bewältigen. Mittlerweile hat sie dies abgelegt und reagiert ähnlich wie ihre MitschülerInnen. Ab und zu trägt Michaela die Konfliktsituationen noch körperlich aus, wobei die Intensität der Gewalt deutlich abgenommen hat. Ebenso zeigt sie auch schon hin und wieder positive Tendenzen bei Konfliktlösungen, in dem sie sich bei Konflikten Hilfe von anderen Personen, wie beispielsweise von den PädagogInnen, holt.

Aus der Interviewsituation geht hervor, dass Michaela ihr eigenes Verhalten nicht reflektieren kann und sich daher häufig falsch einschätzt. Zudem konnten die Forscherinnen beobachten, dass das Mädchen oftmals bewusst unangepasstes Verhalten zeigt, um zu provozieren und somit die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Da Michaela Grenzen und Regeln nur aus dem Bildungszentrum Kiprax kennt, wäre es von Vorteil, wenn diese auch im häuslichen Umfeld existieren würden. Um ein sozial erwünschtes Verhalten zu erlangen, benötigt Michaela pädagogische Maßnahmen nicht nur im schulischen Bereich, sondern auch im außerschulischen Umfeld.

Manuel

Auf Konfliktsituationen reagiert Manuel, indem er aufgebracht und aggressiv handelt, aber auch Dritte zur Lösung des Problems mit einbezieht. Anschließend zieht er sich zurück und nimmt an der Spielsituation nicht mehr teil. Regeln und Grenzen kann er mittlerweile annehmen und akzeptieren, es fällt ihm aber noch schwer, einsichtiges Verhalten zu zeigen, obwohl sich dieses im Laufe der Zeit verbessert hat. Ist Manuel für einen Konflikt verantwortlich, ist er imstande sich bei der anderen Person für sein Fehlverhalten zu entschuldigen.

In Bezug auf seine Selbsteinschätzung geht aus den Aufzeichnungen der Beobachtungen hervor, dass Manuel bei geforderter Selbstreflexion über sein Sozialverhalten stets mit Verweigerung oder falschen Angaben konterte. Hingegen bei der Selbsteinschätzung im Interview, konnte er sein Verhalten deutlich besser reflektieren.

Wohlbefinden

Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass die Lehrpersonen im Bildungszentrum Kiprax aufgrund ihrer speziellen Ausbildung und der geringen SchülerInnenanzahl besser auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen ADHS-Kinder eingehen können.

Schwerpunkt des Bildungszentrums Kiprax ist die Resozialisierung der Kinder in die Gesellschaft. Diese findet in einem Rahmen statt, in dem die ADHS-Kinder keine AußenseiterInnen mehr darstellen, da alle SchülerInnen von der gleichen Verhaltensstörung betroffen sind.

Neben dem Wohlbefinden wurde auch die Veränderung des Selbstwertgefühls der Kinder erforscht.

David

An seiner Umwelt war David zu Beginn eher weniger interessiert. Vor allem den Pädagoginnen zeigt er sich eher distanziert. Auch die Beziehung zu anderen Kindern war von Anfang an durch Zurückhaltung geprägt. Es dauerte etwa einen Monat bis David auch auf andere MitschülerInnen zuing. Mittlerweile hat er bereits Freundschaften geschlossen, die nun auch schon über einen längeren Zeitraum bestehen. Auch zu den Pädagoginnen pflegt er nun einen intensiveren Kontakt. Dies zeigt sich darin, dass er ihnen von sich aus etwas erzählt oder an Dingen, die sie betreffen, interessiert zeigt.

Im Bereich der Gefühlswahrnehmung und deren Ausdruck hat sich bei David eine Veränderung eingestellt. Zuvor fiel es ihm schwer seine Emotionen verbal auszudrücken, stellte diese nur mit seinem Körper zur Schau. In Situationen, in denen er sich über jemand anderen oder auch über sich selbst ärgert, schlägt er mit der Faust auf den Tisch oder verkrampft beide Fäuste vor sich. Mittlerweile zeigt er Tendenzen, seine Gefühle auch verbal zum Ausdruck zu bringen. Auch fällt es ihm einfacher die Emotionen anderer wahrzunehmen.

David besaß von Beginn an sehr viel Selbstsicherheit und konnte zu jedem Zeitpunkt seine Wünsche zum Ausdruck bringen.

Aus den Interviewergebnissen geht hervor, dass Davids Wohlbefinden eine deutliche Steigerung erfahren hat, da er in der vorherigen Schule massive Konflikte mit seinen

MitschülerInnen und seiner Lehrerin hatte und dies zu Schulverweigerung und aggressiven Verhalten führte. Auf die Frage nach seiner Traumschule, antwortete er, dass dies das Bildungszentrum Kiprax sei.

Lea

Sie versteht sich mit ihren MitschülerInnen im Allgemeinen gut, allerdings hat sie keine(n) beste(n) FreundIn im Bildungszentrum Kiprax. In Folge dessen vermisst sie ihre besten Freundinnen aus der Regelschule. Dort wurde sie von einem Großteil ihrer MitschülerInnen gemobbt und in eine Außenseiterrolle gedrängt. Da im Bildungszentrum Kiprax die Außenseiterrolle durch die Gemeinsamkeit der Verhaltensstörungen wegfällt, fühlt sich Lea hier wohler. Des Weiteren teilte sie mit, dass sie in der vorherigen Schule durch die hohe Schüleranzahl und die schlechte Beziehung zur Lehrperson mit Fehlverhalten reagierte. Das System der Regelschule stellte für sie eine Überforderung dar. Das Konzept des Bildungszentrums Kiprax lässt es zu, auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen ADHS-Kinder aufgrund der geringen SchülerInnenanzahl einzugehen und eine intensivere Beziehung zwischen Lehrpersonen und SchülerInnen aufzubauen. Bei der Frage im Interview nach ihrer Traumschule gibt sie an, sich diese besondere Beziehung zu den Lehrpersonen zu wünschen, wie es auch im Bildungszentrum Kiprax der Fall ist.

Sie zeigt Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude und Ärger und besitzt genügend Selbstsicherheit, um ihre Wünsche und Meinungen zu äußern. Aus den Interviewaussagen ist ersichtlich, dass die Möglichkeit an Bewegung zu einer Verbesserung ihres Wohlbefindens beitragen würde.

Michaela

Im Bereich der Reflexion und Bewusstheit von Gefühlen zeigt Michaela eine leichte, konstante Verbesserung. Zu Beginn ihres Schuleintritts, war es ihr nicht möglich ihre eigenen Emotionen in Worte zu fassen, beziehungsweise diese angemessen zu zeigen. Gegenüber Erwachsenen zeigt sie sich sehr offen und interessiert. Es gelingt ihr sehr schnell Vertrauen und eine Bindung zu einer erwachsenen Person aufzubauen. Aufgrund ihrer Bindungsstörung, lässt sie sich aber zu schnell auf eine intensive und bedeutsame Beziehung ein.

Im Bereich der Kommunikation konnte man bei ihr ebenso deutliche Veränderungen feststellen. Zeigte sie sich zu Beginn in Gruppengesprächen noch eher Wortkarg, so bringt sie sich nun deutlich mehr ein. Obwohl sie auch jetzt noch nicht so kommunikationsfähig wie ihre Mitschüler ist, kann man bei Michaela einen deutlichen Aufwärtstrend erkennen.

Im Interview gibt sie an, dass sie zwar eine gute Beziehung zu den Lehrpersonen im Bildungszentrum Kiprax hat, sie jedoch trotzdem den Wunsch äußerte, wieder gerne die vorherige Schule zu besuchen, da es dort keine Regeln gab und die Lehrperson weniger von ihr verlangte. Zudem teilte sie mit, dass sie dort von einem Mitschüler besser verstanden wurde, wenn sie emotional überreagierte. Zusammenfassend lässt sie feststellen, dass die Autorinnen davon ausgehen, dass sie sich in der Kiprax zwar wohl fühlt, aber erstmals mit Regeln und Grenzen konfrontiert wurde und dies ein Unbehagen bei ihr auslöste. Aufgrund der Konsequenz und Beharren auf Regeln, konnten die Forscherinnen eine positive Veränderung im Verhalten von Michaela feststellen, jedoch kann man nach wie vor unangepasstes Verhalten bei ihr erkennen. Die Art und Weise wie Michaela in der Schule agiert, hängt von ihrer Tagesverfassung ab.

Manuel

Er ist ein sehr kommunikationsfähiges Kind, das einen guten Kontakt zu Erwachsenen hat. Sein Kontakt zu den Kindern hat sich im Laufe der Monate etwas gebessert, allerdings wechseln seine kurzzeitigen Freundschaften sehr häufig. Dies lässt sich auf seine eigensinnige Persönlichkeit zurück führen, die bei Unstimmigkeiten in eine erhöhte Emotionalität umschlägt zurückführen.

Das Kind hat noch kein Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand und kann Gefühle nur schwer in Worte fassen. Es zeigt kein Verständnis gegenüber eigenen Emotionen, dennoch zeigt es Feingefühl gegenüber Gefühlszuständen anderer und kann Emotionen seiner MitschülerInnen richtig interpretieren.

Ebenso zeigt er Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude und Ärger und kann seine Wünsche angemessen verbal zum Ausdruck bringen. Außerdem hat er genügend Selbstsicherheit, seine Meinungen und Wünsche zu äußern und kann Gründe für seine Ängste benennen.

Manuel besitzt kein positives Selbstwertgefühl, dies lässt sich an seinen selbstzweifelnden Äußerungen erkennen. Aufgrund seiner Stimmungsschwankungen, die sich entweder in einer ausgeprägten Euphorie oder einer depressiven Verstimmung zeigen, kann man eine Unausgeglichenheit bei Manuel erkennen, die sich auf sein Wohlbefinden auswirkt.

In den Pausen versucht er einen Anschluss an seine MitschülerInnen zu finden, scheitert jedoch meist daran, da er gerne die Führungsrolle übernimmt, die aber von den anderen nicht angenommen wird, da er sich unsensibel und zu fordernd den anderen gegenüber verhält. Wird er diesbezüglich von ihnen zurück gewiesen, zieht er sich gekränkt zurück und verfällt in Selbstmitleid.

Angesichts dieser Umstände lässt sich verdeutlichen, dass Manuel ein Umfeld benötigt, welches ihn Stabilität und Routine bietet. Seine Interviewaussagen lassen darauf schließen, dass er sich im Bildungszentrum Kiprax wohl fühlt, da er eine gute Beziehung zu den Lehrpersonen angibt und die individuelle Betreuung befürwortet. Allerdings äußert er den Wunsch, nach mehr Bewegungsmöglichkeiten.

2.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Autorinnen erforschten, ob und in welcher Weise sich das Sozialverhalten der ADHS-Kinder im Bildungszentrum Kiprax, welches sich intensiv mit dieser Verhaltensauffälligkeit beschäftigt, entwickelt. Gründe für die Auseinandersetzung dieser Thematik bestehen darin, dass noch keine Erkenntnisse in Bezug auf dieses Konzept existieren. Zudem beschäftigten sich die Verfasserinnen der Arbeit mit der Frage, ob ADHS vom Umfeld als belastend oder bereichernd gesehen wird. Ebenso sollten Erkenntnisse über die Wirksamkeit der schulischen Maßnahmen und pädagogischen Interventionen durch Literaturvergleich und Beobachtungen in der Praxis erhalten werden, um das pädagogische Handeln gegeben falls zu überdenken und abzuändern. Um Daten zu erhalten, wurden Interviews mit Pädagoginnen, Eltern und deren ADHS-Kinder geführt, Beobachtungsbögen verwendet und ein Tagebuch verfasst.

In dieser Zusammenfassung wird nun versucht die vorangegangenen Vorannahmen zu überprüfen. Aufgrund der Forschungsergebnisse konnte festgestellt werden, dass sowohl die Pädagoginnen als auch die Eltern den Umgang mit ADHS-Kindern als

belastend beschreiben. Trotzdem empfinden die Pädagoginnen die Arbeit mit diesen Kindern als spannende Erfahrung, da der Schulalltag mit ihnen sehr abwechslungsreich, herausfordernd und amüsant erlebt wird. Auch der Großteil der Eltern gab an, positive Aspekte in der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu sehen. Hierbei konnte außerdem erforscht werden, dass diese Eltern auch eine positivere Beziehung zu ihrem ADHS-Kind haben. Das heißt, je positiver die Einstellung zu dieser Verhaltensstörung ist, desto intensiver und besser ist das Verhältnis zwischen Eltern und ihrem ADHS-Kind.

Die Pädagoginnen der Kiprax versuchen die positive Einstellung zum Kind zu fördern, indem sie in regelmäßigen Abständen auf die Entwicklung ihres Kindes hinweisen. Gleichzeitig kamen die Forscherinnen zu dem Ergebnis, dass die Eltern seit dem Eintritt ihres Kindes ins Bildungszentrum Kiprax entlastet wurden, da sie sich nun mit dem Problemverhalten ihrer Kinder nicht mehr alleine auseinandersetzen müssen, weil das Bildungszentrum Kiprax diese Aufgabe übernimmt. Außerdem versuchen die Pädagoginnen Konflikte im Schulalltag intern zu lösen ohne die Eltern darin einzubeziehen. In Folge dessen erfolgte eine Reduzierung der Konfliktsituation im familiären Bereich. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass seit dem Schulwechsel ihres Kindes ins Bildungszentrum Kiprax sich die familiäre Situation zum Positiven verändert hat und die Eltern sowie die ADHS-Kinder eine deutliche Entlastung spüren.

Ein weiteres Ziel war die Erfassung der Entwicklung der sozialen Kompetenz der ADHS-Kinder, wobei die Forscherinnen herausgefunden haben, dass alle Kinder eine positive Entwicklung gemacht haben. Veränderungen konnten vor allem im Bereich der verbalen und körperlichen Aggressivität festgestellt werden, da diese Verhaltensweisen nun deutlich geringer vorkommen. Zudem konnte erforscht werden, dass die ADHS-Kinder nun bei Konflikten ein erweitertes Handlungsspektrum besitzen und daher ihre Auseinandersetzungen besser lösen können. Von den Forscherinnen wurde ebenso eine Festigung der adäquaten Moral- und Wertvorstellungen beobachtet, die jedoch nicht zu jedem Zeitpunkt umgesetzt werden können. Grund dessen ist die weiterhin bestehende Impulsivität und leichte Erregbarkeit. Eine Verbesserung des Sozialverhaltens wird durch den Schwerpunkt „Soziale Kompetenz“ im Bildungszentrum Kiprax erreicht. Der Fokus wird auf Regeln und Einhaltung von Grenzen gelegt, um eine Veränderung im Sozialverhalten zu erreichen. Gleichzeitig erkennen die Kinder das Fehlverhalten von ihren

MitschülerInnen und lernen daraus. Seit dem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax konnte bei den ADHS-Kindern eine kontinuierliche Steigerung in der Annahme von Regeln und Einsichtigkeit bei Verstößen wahrgenommen werden. Neben dem Schwerpunkt der sozialen Kompetenz wird ein Fokus auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion ihres Verhaltens gelegt. Durch die täglichen Besprechungen bezüglich ihres Fehlverhaltens und das Aufzeigen von alternativen Handlungsweisen sollen die Kinder sich kritisch mit ihrem eigenen Verhalten auseinandersetzen. Die Forscherinnen gehen davon aus, dass die regelmäßige Anwendung von Regeln, der Fokus auf Selbstreflexion und die Einsichtigkeit der negativen Konsequenzen bei Regelverstößen zur Ausbildung von korrekten Moralvorstellungen, die von der Gesellschaft gefordert werden, führt.

Ein weiteres Untersuchungsziel war die Entwicklung der sozialen Beziehungen zwischen den MitschülerInnen, die häufig problematisch verlaufen.

Naumann (2009) beschreibt Gründe für ihre von Problemen geprägten sozialen Kontakte, die in ihrer hohen Neigung zur Impulsivität und einer gleichzeitigen emotionalen Labilität bestehen, welche es schwierig machen, Regeln zu befolgen. MitschülerInnen lehnen Kinder mit ADHD häufig ab. Sowohl ihre Zerstörungswut und die mangelnde Selbstkontrolle machen das „Miteinander“ schwierig.

Nach Durchführung der Untersuchung ergab sich, dass sich die Beziehung zu den MitschülerInnen im Bildungszentrum Kiprax jedoch respektvoller und achtsamer gestaltet. Zudem sind die Kinder dazu in der Lage, ihre Gefühle angemessener auszudrücken.

Wie im Kapitel 5 „Prognose und Verlauf mit dem Schwerpunkt Sozialverhalten“ beschrieben, bestätigte sich der rasche Wechsel der Freundschaften zwischen den ADHS-Kindern. Jedoch konnte bei David beobachtet werden, dass er von Beginn an eine intensive und weiterhin andauernde Freundschaft zu einer Mitschülerin pflegt. Mit der stetigen Steigerung der SchülerInnenanzahl konnte allerdings ein Rückschritt im Sozialverhalten der ADHS-Kinder beobachtet werden. Auf die veränderten ungünstigen Rahmenbedingungen reagierten die Kinder mit Überforderung und darauf folgende Aggressivität. Wie in der Literatur beschrieben (Hoberg, 2007; Krowatschek, 2009) benötigen ADHS-Kinder ein hohes Maß an Routine und ein reizarmes, ruhiges Umfeld, welches durch die ständige Veränderung der Gruppensituation durchbrochen wurde. Auch die Pädagoginnen und Eltern konnten

diese Veränderung beobachten und sprachen sich für eine geringe SchülerInnenanzahl und mehr Räumlichkeiten aus. Außerdem wurde von den Interviewpersonen und den Forscherinnen die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten kritisiert. In dieser Kritik fühlen sich die Autorinnen bestätigt, da auch die Literatur auf die Bedeutsamkeit der Bewegungsfreiheit hinweist.

Wie von den Forscherinnen angenommen, kam die Untersuchung zu dem Schluss, dass die AußenseiterInnenrolle der ADHS-Kinder im Gegensatz zur Regelschule nun wegfällt, da die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Bildungszentrum Kiprax keine Besonderheit durch die Betroffenheit aller SchülerInnen darstellt. Durch die Akzeptanz der MischülerInnen gewinnen die ADHS-Kinder an Selbstwert, welches sich positiv auf deren Wohlbefinden auswirkt.

Durch das Verständnis und Fachwissen über die Störung seitens der Pädagoginnen können diese auf die unangepassten Verhaltensweisen entsprechend reagieren und sich den Bedürfnissen der ADHS-Kinder besser annehmen. Dies wirkt sich wiederum förderlich auf die Beziehung zwischen Lehrperson und Kind aus und somit auch auf das Wohlbefinden.

Abschließend lässt sich feststellen, dass in allen relevanten Bereichen ein positiver Entwicklungsprozess erkennbar ist, jedoch sind die Forscherinnen der Meinung, dass eine vollkommene Optimierung bezüglich des Sozialverhaltens erst dann erlangt werden kann, wenn eine Zusammenarbeit zwischen PädagogInnen und Eltern besteht. Diese sollte regelmäßig und förderlich verlaufen und die angebotenen Ratschläge und erzieherischen Maßnahmen für die ADHS-Kinder von den Eltern konsequent umgesetzt werden. Dies wirft bei den Autorinnen die Frage auf, ob durch eine von Beginn an einsetzende entsprechende Erziehung, die von Routine, Regelmäßigkeit, Struktur, Regeln und deren positive und negative Konsequenz gekennzeichnet ist, die ADHS-Symptome und die unangepassten Verhaltensweisen der Kinder verringert. Diese Fragestellung lässt sich im Rahmen dieser Forschung allerdings nicht beantworten, bietet jedoch eine Möglichkeit zur weiteren Auseinandersetzung.

Ein weiteres Ziel der Forschung war die Überprüfung der Wirksamkeit der pädagogischen Maßnahmen, die in der Literatur und im Kapitel 9 „das Kind mit AHDS in der Schule“ beschrieben wurden. Zudem sollte auch erfasst werden, ob und

in welcher Weise diese umgesetzt werden können. Die Mehrzahl der angegebenen Methoden war den Pädagoginnen bereits bekannt und wurde bei Bedarf umgesetzt. Aufgrund der positiven Entwicklungen der ADHS-Kinder in den zuvor beschriebenen Bereichen lässt sich feststellen, dass die pädagogischen Methoden wirksam und erfolgreich sind. Zusätzlich wird in der Literatur auf die Bedeutsamkeit eines klärenden Gesprächs nach einer Konfliktsituation hingewiesen, welches jedoch nicht unmittelbar danach stattfinden sollte. Ein ähnlicher Ansatz findet sich auch im Bildungszentrum Kiprax, jedoch werden hier die Kinder dazu angehalten, sich regelmäßig über ihre positiven und negativen Verhaltensweisen selbst zu reflektieren. Ebenfalls versuchen die Pädagoginnen den ADHS-Kindern eine ernsthafte Auseinandersetzung mit ihrem Sozialverhalten zu vermitteln. Ziel der Selbsteinschätzung ist die Erlangung von korrekten moralischen Einstellungen. Wie bereits erwähnt, machten die ADHS-Kinder in diesem Bereich schon große Fortschritte.

Das vorrangige Ziel des Bildungszentrum Kiprax ist die Reintegration in eine Regelschule. Die Forscherinnen konnten beobachten und durch Elterngespräche erkennen, dass die Mehrheit der Eltern dieses Ziel nicht verfolgt. Durch die entlastende Situation und den stetigen Fortschritt des Sozialverhaltens, welche seit dem Schuleintritt in das Bildungszentrum Kiprax ihres ADHS-Kindes entstanden, möchte der Großteil der Eltern keinen Rückschritt riskieren und mögliche Unannehmlichkeiten vorbeugen und wünschen sich daher einen Schulabschluss ihres Kindes im Bildungszentrum Kiprax. Dieser Wunsch wird von einer interviewten Pädagogin und den Forscherinnen kritisch betrachtet, da die ADHS-Kinder nicht ihre Leben lang in einem geschützten Umfeld verbringen können und sich in die Gesellschaft eingliedern müssen, um keine AußenseiterInnenrolle anzunehmen.

2.3. Pädagogische Relevanz

Die Vorannahmen der Forscherinnen wie im Kapitel 1 beschrieben, konnten durch die Ergebnisse der Forschung bestätigt werden. Sie belegen, dass das Konzept des Bildungszentrum Kiprax sich förderlich auf die Entwicklung des Sozialverhaltens der ADHS-Kinder auswirkt. Daher lässt sich schließen, dass eine Notwendigkeit in der Verbreitung solcher Institutionen besteht. Wie bereits in der Forschungslücke im Kapitel 1 erläutert, existieren europaweit zwei vergleichbare Konzepte, die sich ebenso intensiv mit der Thematik ADHS auseinandersetzen. Vormittags werden die ADHS-Kinder unterrichtet und in ihren sozialen Kompetenzen geschult und nachmittags bietet dieses Konzept multimodale Therapieangebote wie zum Beispiel Verhaltenstherapie, Elterntraining, soziales Kompetenztraining etc. an, um eine ganzheitliche Förderung zu erzielen.

Für ADHS-Kinder, die im Regelschulsystem nicht zu Recht kommen, werden keine Alternativen angeboten. Häufige Schulwechsel sind daher die Folge, die sich negativ auf das Kind auswirken. Wünschenswert wäre daher eine staatliche Anerkennung bzw. Förderung für dieses speziell für ADHS-Kinder entwickelte Schulkonzept.

Außerdem ließ sich durch die Interviewergebnisse feststellen, dass PädagogInnen in der Regelschule häufig überfordert waren, da sie keine Kenntnisse über die Verhaltensstörung haben. Besonders bedeutsam wäre das Wissen über pädagogische Maßnahmen im Umgang mit ADHS-Kindern.

Im Zuge der Arbeit mit ADHS-Kindern stellten die Forscherinnen fest, dass die Kinder häufig neben ADHS auch andere nicht diagnostizierten Auffälligkeiten zeigten, wie zum Beispiel Autismus, Bindungsstörungen etc., die sich oftmals sogar schwerwiegender zeigten. Daher wäre es wichtig, dass die Kinder beim Schuleintritt rediagnostiziert werden, damit die Lehrpersonen und Eltern entsprechend auf ihre Bedürfnisse eingehen können.

Heutzutage ist das Krankheitsbild ADHS weit verbreitet und diagnostiziert. Die Forscherinnen stellten fest, dass kein untersuchtes ADHS-Kind aus einer intakten Familie stammte und überlegten ob ein Zusammenhang zwischen ADHS und der Familiensituation besteht. Die Autorinnen vermuten, dass negative Bedingungen wie

Vernachlässigung der Kinder, kein Wert auf Struktur und Regelung in der Erziehung, nicht geordnete Familienverhältnisse und Reizüberflutung durch eine unkontrollierte Anwendung von Medien zu einer verstärkten ADHS-Symptomatik führen.

Durch die Praxiserfahrung konnte beobachtet werden, dass die Medikamenteneinnahme zum Teil von den Eltern nicht kritisch betrachtet wird, da bei dem Schüler Manuel bemerkt werden konnte, dass er mit der Einnahme von Methylphenidat kein verändertes Verhalten zeigte, es konnte lediglich nach der Verabreichung des Medikaments in der Schule eine depressive Verstimmung und eine Verweigerungshaltung im Unterricht erkannt werden.

Ebenso bemerkten die Forscherinnen bei Michaela eine Problematik in der Medikamentendosis. Diese bewirkte ein kurz andauerndes apathisches und passives Verhalten nach der Medikamenteneinnahme, wobei sie ihre Umwelt kaum wahrnehmen konnte. Die neue Medikamenteneinstellung war ein langwieriger Prozess, da ihre Eltern sich erst relativ spät darum bemühten. In Bezug auf die Verabreichung von Medikamenten würden sich die Forscherinnen einen verantwortungsvolleren Umgang der Eltern wünschen.

Da die Langzeitfolgen der Einnahme von Methylphenidat noch nicht erforscht wurden, wäre es den Autorinnen ein Anliegen, dass die Eltern ihre Kinder genau beobachten und regelmäßige Gesundheitschecks und bei Verhaltensveränderungen Rediagnosen durchführen lassen.

Sowohl die Verfasserinnen dieser Arbeit als auch eine befragte Pädagogin des Bildungszentrums Kiprax wünschen sich weitere Forschungen in diesem Feld, vor allem in Bezug auf die aufgeworfenen Fragestellungen, die sich im Zuge dieser Arbeit ergeben haben.

Literaturverzeichnis

Adapt Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit AD/HS und Teilleistungsschwächen. (2005). Nr. 28.

Altrichter, H. & Posch, P. (1998). Lehrer erforschen ihren Unterricht. Eine Einführung in die Methoden der Aktionsforschung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Amft, H. (2006). ADHS: Hirnstoffwechselstörung und/oder Symptom einer kranken Gesellschaft? Psychopharmaka als Mittel einer gelingenden Naturbeherrschung am Menschen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hrsg.) ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998a). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist (1998b). Fragebogen für Jugendliche (YSR). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Augustin, A. (1999). Ergotherapie bei hyperaktiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.), Therapie aggressiver und hyperaktiver Jugendlicher. München: Urban & Fischer. 77 - 103.

Aust-Claus, E. & Hammer, P.-M. (1999). Das ADS-Buch. Aufmerksamkeits Defizit Syndrom. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer. Rattigen: Oberstbrin Verlag GmbH.

- Ayres, A. J.** (2002). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Störungen erkennen und verstehen. Ganzheitliche Frühförderung und Therapie. Praktische Hilfe für Eltern. Berlin: Springer Verlag.
- Barkley, R. A.** (1987). Defiant children. A clinician's manual for parent training. New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., Smallish, L.** (1993). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria – III. Mother-Child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233 – 255.
- Barkley, R. A.** (2002). Das große ADHS-Handbuch für Eltern: Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. Bern: Huber.
- Bmukk** (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur). (2011). Verfügbar unter: <http://www.bmukk.gv.at/schulen/recht/gvo/schulpflichtgesetz1.xml#11> (8.5.2011)
- Bortz, J. & Döring, N.** (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Buitelaar, J. K., van Engeland H.** (1996). Epidemiological approaches. In: Sandberg, S. (Hrsg.), *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge: University Press.
- Braun, I.** (2000a). Mehr Ruhe – mehr Abwechslung. Hilfen für das ADS-Kind in der Schule. In: Fitzner, T & Stark, W. (Hrsg.), *ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim: Beltz. 34 – 39.

- Braun, K., Lange E., Metzger, M., Poeggel, G. (2000).** Maternal separation followed by early social deprivation affects the development of monoaminergic fiber systems in the medial prefrontal cortex of *Octodon degus*. *Neuroscience*, 95, 309 – 118.
- Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. I., McCarty, C. A. (2004).** Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113, 708 – 713.
- Cunningham, C. E., Barkley, R. A., Stocks, T. F. (1979).** The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Devel*, 50, 217 – 224.
- DeGrandpre, R. (2005).** Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H. (2000).** World Health Organization. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel (V) F. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber
- Döpfner, M., Schürmann, S, Frölich, J. (2002).** Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten – THOP. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000a).** Ratgeber Hyperkinetischer Störungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000b).** Hyperkinetische Störungen. In: Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F. (Hrsg.) Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 1. Göttingen: Hogrefe.

- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1996).** Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 10 – 19.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2006).** Wackelpeter und Trotzkopf: Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Döpfner, M. & Rothenberger A. (2007).** Tic disorders and obsessive - compulsive disorders. In: *Kindheit und Entwicklung* 2 (S. 75-95). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. (2010).** Verhaltensbeobachtung. In: Steinhausen, H. C. (Hrsg.), *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* Stuttgart: Kohlhammer. 208 – 215.
- Drechsler, R. (2010).** Neurofeedbacktraining bei ADHS. In: Rösler, M., Gontard, A. von, Retz, W. & Freitag, C. (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder-Jugendliche-Erwachsene*. Stuttgart: Kohlhammer. 156 - 160.
- Drechsler, R. (2010).** Psychologische Tests. In: *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung* (S. 234 – 244). Stuttgart: Kohlhammer
- Drüe, G. (2007).** ADHS kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Eisert, H. (1999).** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.), *Therapie aggressiver und hyperaktiver Jugendlicher* München. Jena: Urban & Fischer. 104-120.

- Esser, G. & Schmidt, M. (1987).** Minimale cerebrale Dysfunktion – Leerformel oder Syndrom? Empirische Untersuchungen zur Bedeutung eines zerebralen Konzepts in der Kinderpsychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Everett, C. A. & Volgy Everett, S. (1999).** Family Therapy for ADHD: treating children, adolescents, and adults. New York: The Guilford Press.
- Farnkopf, R. (2007).** ADS und Schule. Tipps für Unterricht und Hausaufgaben. Weinheim: Beltz Verlag.
- Fitzner, T. & Stark, W. (2000).** ADS: verstehen – akzeptieren – helfen. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz Verlag.
- Flick, U., Von Kardorff, E., Keupp, H. (1995).** Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (2006).** Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung. In: Flick, U. (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Franke, U. (1999).** Therapie aggressiver und hyperaktiver Jugendlicher. München: Urban & Fischer.
- Gawrilow, C. (2009).** ADHS. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gölles, M. (2008).** ADHS – ADS. Ein Leitfaden für PädagogInnen und Eltern. Wien: Verlag Guthmann-Peterson.
- Gollwitzer, M. & Jäger, R. S. (2007).** Evaluation. Workbook. Weinheim: Beltz Verlag.

- Görtz-Dorten, A., Döpfner, M. & Rösler, M. (2010).** Fragebögen und Beurteilungsskalen. In: Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer. 216 – 233.
- Hafer, H. (1984).** Die heimliche Droge: Nahrungsmittelphosphat. Heidelberg: Hüthig.
- Haubl, R. (2010).** Psychodynamik medikalisierten Beziehungen. In: Haubl, R. & Liebsch, K. (Hrsg.), Mit Ritalin leben. ADHS-Kindern eine Stimme geben. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helfferrich, C. (2009).** Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoberg, K. (2007).** ADHS. Der praktische Ratgeber für Schule und Unterricht. Bonn: Idee & Produkt Verlag.
- Imhof, M. (2003).** Zappelphilipp, Hampelliese. Schulerfolg für unruhige Kinder. Berlin: Verlag Scriptor.
- Incorvaia, J. A., Mark-Goldstein, B. S., Tessmer, D. (1999).** Understanding, Diagnosing and Treating AD/HD in Children and Adolescents. An Integrative Approach Reiss-Davis Child Study Center Volume 3. New Jersey: Book-mart Press.
- Keller, G. & Zierau M.T. (2004).** Hilfe bei AD(H)S. München: Knaur Ratgeber Verlage.
- Klicpera, C., Gasteiger Klicpera, B. (1996).** Klinische Psychologie. Eine Einführung in die Syndrome psychischer Störungen. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Kerekjarto, A. (2004).** Schule und ADHS – was muss getan werden? In: Fitzner, T. & Stark, W. (Hrsg.), Genial, Gestört, Gelaunert? ADHS, Schule und Hochbegabung. Weinheim: Beltz Verlag.

Klammrodt, F. (1999). Unkonzentriert. Aggressiv. Überaktiv. Ein Problem der Erziehung oder der Ernährung. Leer: Verlag Grundlagen und Praxis, Wissenschaftlicher Autorenverlag.

Knölker, U. (2001). Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Bremen: UNI-MED.

Knölker, U. (2001). Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS). Fakten und Legenden, Probleme und Lösungen. Bremen: UNI-MED Verlag.

König, E. & Zedler, P. (2002). Qualitative Forschung: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Beltz.

Krowatschek, D. (2009). Alles über ADS. So fördern Sie Ihr Kind. Düsseldorf: Patmos Verlag.

Kuhl, J. & Kraska, K. (1992). Der Selbstregulations- und Konzentrationstest für Kinder (SRKT-K). Göttingen: Hogrefe.

Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (2002) Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.

Lauth, G. & Naumann, K. (2009). ADHS in der Schule. Übungsprogramm für Lehrer. Weinheim: Beltz.

Lauth, G. W. (1996). Der Dortmunder Aufmerksamkeitstest. Göttingen: Hogrefe.

Lauth, G. & Schlottke, P. (2008). Hyperkinetische Störungen In: Lauth, G., Linderkamp, F., Schneider, S., & Brack, U. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim. Basel: Beltz Verlag. 202 – 211.

Lauth, G., Schlottke, P. & Naumann, K. (2007). Rastlose Kinder, ratlose Eltern. Hilfen bei ADHS. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Lichtman, M.** (2006). Qualitatives Research in Education. A User's Guide. Thousand Oaks, California: Sage Publication.
- Lueger, D.** (2005). Beobachtung leicht gemacht. Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklungen. Weinheim: Beltz.
- Mash, E. J. & Johnston, C.** (1982). A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. Child Develop, 53, 1371 – 1381.
- Mattner, D.** (2002). Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: Amft, H., Gerspach, M., Mattner, D. (Hrsg.), Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer. 7 - 36.
- Mayer, H.** (2006). Interview und schriftliche Befragung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mayring, P.** (1995). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., Kardoff, E., Keupp, H., Rosenstiel, L., Wolff, S. (Hrsg.), Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologische Verlagsunion. 211 – 219.
- Mayring, P.** (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim. Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. & Brunner E.** (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, B. Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft Weinheim. München: Juventa Verlag. 323 – 333.

Meyberg, W. (1999). Hyperaktivität als Herausforderung an die Musiktherapie. In: Franke, U. (Hrsg.), Therapie aggressiver und hyperaktiver Jugendlicher München. Jena: Urban& Fischer. 183-192.

Neuhaus, C. (1993). Was ist dran am sogenannten Zappelphilipp? In: Passolt, M. (Hrsg.), Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. München: Ernst Reinhardt. 140 – 156.

Pfadenhauer, M. (2005). Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview- ein Gespräch zwischen Experte und Quasi- Experte. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W., (Hrsg.), Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 113-128.

Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T. et al. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45, 346 – 354.

Qualitätszirkeln (2010). Chaos der Begriffe.

Rauner, G., Oberle, A. (2002). ADS und was sonst noch? Anfallsleiden, Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen – Komorbiditäten, Ursachen, Konsequenzen. In: Fitzner, T. & Stark, W. (Hrsg.), ADS – verstehen – akzeptieren – helfen. Weinheim: Beltz.

Renner, E. & Schneider, I. (2002). Qualitative Verfahren in der Kindheitsforschung. In: König E. & Zedler, P. (Hrsg.), Qualitative Forschung. Weinheim. Basel: Beltz Verlag. 9 - 24.

Reuner, G. & Oberle A., (2002). ADS und was sonst noch? Anfallsleiden, Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen - Komorbiditäten, Ursachen, Konsequenzen. In: Fitzner, T. (Hrsg.), ADS – verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz.

- Rothenberger, A.** (2010). Körperliche Untersuchung. In: Steinhausen, H. C. (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer. 245 - 248.
- Rothenberger, A. & Neumärker, K.** (2010). Zur Geschichte der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In: Steinhausen H. C. (Hrsg.), Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer. 11 – 16.
- Ryffel- Rawak, D.** (2003). Wir fühlen uns anders! Wie betroffene Erwachsene mit ADS / ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben. Bern: Verlag Huberer.
- Sandberg, S.** (1996). Hyperactivity disorders of childhood. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schenk-Danzinger, L.** (1991). Entwicklung. Sozialisation. Erziehung. Schul- und Jugendalter. Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- Schuch-Brendel, A.** (2009). Vereinsprofil. Wien.
- Schmutzler, H. J.** (1994). Handbuch Heilpädagogisches Grundwissen. Einführung in die Früherziehung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Schäfer, U.** (1998). Mußt du dauernd rumzappeln? Die hyperkinetische Störung: Ein Ratgeber. Bern: Hans Huber Verlag
- Simchen, H.** (2009). ADS. Unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat: Hilfen für das hypoaktive Kind. Stuttgart: Kohlhammer.

- Spallek, R.** (2001). Aufmerksamkeits- Defizit- Syndrom ADS. Aufmerksamkeits- Defizit- Hyperaktivitätsstörung ADHS. Ein kurzer Leitfaden zur Diagnostik und Therapie. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Spitzer, G.** (2007). Entspannt erziehen. Mit den Augen ihres Kindes sehen. Stressfrei reagieren. Wien: Verlag Ueberreuter.
- Steinhausen, H. C.** (2000a). Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H. C.** (2000b). Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steinhausen, H. C., Rothenberger, A., Döpfner, M.** (2010). Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. & Rösler, M.** (2010). Interview. In: Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer. 203 – 207.
- Stiehler, M.** (2007). Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Stewart, M. A., Cummings, C., Singer, S., Dedlois, C. S.** (1981). The overlap between hyperactive and insocialized aggressive children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 35 – 45.
- Taylor, E.** (1985). Syndromes of Overactivity and Attention Deficit. In: Rutter, M. & Hersov, L. (Eds.). Child and Adolescent Psychiatry – Modern Approaches. 2nd Edition. Oxford: Blackwell. 424 – 443.

- Taylor, E., Everitt, B., Thorley, G., Schachar, R., Rutter, M., Wieselberg, M. (1986).** Conduct disorder and hyperactivity: II. A cluster analytic approach to the identification of a behavioral syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 149, 768 – 777.
- Taylor, E., Sandberg, S., Thorley, G. (1991).** The epidemiology of childhood hyperactivity. Oxford: Oxford University Press.
- Trautmann, T. (2010).** Interviews mit Kindern: Grundlagen, Techniken, Besonderheiten. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Trott, G. E. (1993).** Das hyperkinetische Syndrom und seine medikamentöse Behandlung. Heidelberg: Barth.
- Wagner, N. (2005).** Frühe Kindheit in der Informationsgesellschaft. Eine kommunikationswissenschaftliche Annäherung an das Aufmerksamkeits – Defizit – Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität. Wien: Diplomarbeit.
- Weiss, G., Trokenberg-Hechtman, L. (1986).** Hyperactive Children grown up. New York: Guilford Publications.
- Von Dilling, H., Mombour, W., Schmidh, M. H. (2000).** Weltgesundheitsorganisation Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Wender, P. H. (2002).** Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. Stuttgart: Kohlhammer.
- Windholz, A. (2003).** Das hyperkinetische Syndrom. Die Rolle der Ernährung in der Kombinationstherapie. Universität Wien: Diplomarbeit.

Winter, B. (2010). „Komm, das schaffst Du!“ Aufmerksamkeitsprobleme und ADHS. Ergotherapeutische Alltagshilfen für mehr Konzentration, Selbstständigkeit, Selbstvertrauen. Stuttgart: Trias Verlag in MVS Medizinverlage.

Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Anhang

Beobachtungsbögen

DAVID

ENTWICKLUNGSBEREICH EMOTIONEN UND SOZIALES VERHALTEN

Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Kompetenzen

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind ist fähig, Beziehungen aufzubauen, die von Sympathie und gegenseitigem Respekt gekennzeichnet sind.		~	~	+	+
Es ist in der Lage, Empathie zu entwickeln und die Perspektive anderer einzunehmen.		-	-	~	~
Das Kind ist kommunikationsfähig.		+	+	+	+
Es hat einen guten Kontakt zu Erwachsenen.		~	~	+	+
Es hat einen guten Kontakt zu Kindern.		~	+	+	~
Es kann kooperieren, es kann sich sowohl mit den Erwachsenen als auch mit Kindern absprechen, planen, durchführen und reflektieren.		-	~	~	~
Es setzt sich für die Gemeinschaft ein.		-	-	-	-
Es geht mit den Sachen anderer gewissenhaft um.		-	~	+	+
Es löst Konflikte.		-	-	~	~
Es zeigt ein einsichtiges Verhalten.		~	~	~	~
Es ist hilfsbereit und setzt sich für andere ein.		-	-	~	~
Es entwickelt Werte und Orientierungskompetenz.		~	~	~	~
Es ist fähig und bereit zur Verantwortungsübernahme.		~	~	~	~
Es verfügt über interkulturelle Kompetenz, es tritt allen Kulturen und Menschen offen gegenüber.		~	~	~	~

DAVID

KAPITEL 6

Beobachtungsbogen zur Erfassung emotionaler Kompetenzen

Sep. Okt. Nov. Dez. Jänner

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind hat ein Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand und kann Gefühle in Worte fassen, es zeigt Verständnis gegenüber den eigenen Emotionen und den Gefühlszuständen anderer.		-	~	+	+
Es kann Gefühle anderer richtig interpretieren.		~	+	+	+
Es entwickelt Selbstregulationsfähigkeit, d. h. es kann seine Gefühle wahrnehmen und sie angemessen ausdrücken.		-	~	~	+
Das Kind zeigt Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude, Ärger.		+	+	+	+
Es benennt Gründe für Angst.		~	~	~	~
Es zeigt emotionale Offenheit, es hat Verständnis für die Gefühlslage anderer.		-	~	~	~
Es geht mit Leistungsanforderungen positiv um.		~	+	+	~
Es besitzt ein positives Selbstwertgefühl.		~	~	~	~
Es besitzt genügend Selbstsicherheit, es äußert seine Meinungen, Wünsche, etc.		+	+	+	+
Es ist interessiert an seiner Umwelt.		~	+	~	~
Es geht offen an neue Dinge heran.		+	+	+	+
Es kann seine Wünsche angemessen verbal zum Ausdruck bringen.		+	+	~	~
Es erträgt die Ablehnung von Wünschen.		~	~	~	~
Es drückt seine Gefühle mittels seines Körpers aus.		+	+	+	+
Das Kind hüpf und klatscht, wenn es sich freut.		-	~	~	~
Es akzeptiert Verbote und Regeln.		-	~	+	+

MICHAELA

Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Kompetenzen

Sep. Okt. Nov. Dez.

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind ist fähig, Beziehungen aufzubauen, die von Sympathie und gegenseitigem Respekt gekennzeichnet sind.	-	~	~	~	
Es ist in der Lage, Empathie zu entwickeln und die Perspektive anderer einzunehmen.	~	+	+	+	
Das Kind ist kommunikationsfähig.	-	~	~	~	
Es hat einen guten Kontakt zu Erwachsenen.	~	+	+	+	
Es hat einen guten Kontakt zu Kindern.	~	~	~	~	
Es kann kooperieren, es kann sich sowohl mit den Erwachsenen als auch mit Kindern absprechen, planen, durchführen und reflektieren.	-	-	-	~	
Es setzt sich für die Gemeinschaft ein.	-	-	-	~	
Es geht mit den Sachen anderer gewissenhaft um.	-	-	~	-	
Es löst Konflikte.	-	~	~	~	
Es zeigt ein einsichtiges Verhalten.	-	~	~	+	
Es ist hilfsbereit und setzt sich für andere ein.	-	~	~	+	
Es entwickelt Werte und Orientierungskompetenz.	-	-	~	~	
Es ist fähig und bereit zur Verantwortungsübernahme.	-	~	~	~	
Es verfügt über interkulturelle Kompetenz, es tritt allen Kulturen und Menschen offen gegenüber.	+	+	+	+	

Michaela

Beobachtungsbogen zur Erfassung emotionaler Kompetenzen

Sept. Okt. Nov. Dez.

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind hat ein Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand und kann Gefühle in Worte fassen, es zeigt Verständnis gegenüber den eigenen Emotionen und den Gefühlszuständen anderer.	-	~	~	+	
Es kann Gefühle anderer richtig interpretieren.	~	+	+	+	
Es entwickelt Selbstregulationsfähigkeit, d. h. es kann seine Gefühle wahrnehmen und sie angemessen ausdrücken.	-	~	~	~	
Das Kind zeigt Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude, Ärger.	+	+	+	+	
Es benennt Gründe für Angst.	-	+	~	+	
Es zeigt emotionale Offenheit, es hat Verständnis für die Gefühlslage anderer.	-	+	+	+	
Es geht mit Leistungsanforderungen positiv um.	-	~	~	+	
Es besitzt ein positives Selbstwertgefühl.	-	~	~	~	
Es besitzt genügend Selbstsicherheit, es äußert seine Meinungen, Wünsche, etc.	-	~	+	+	
Es ist interessiert an seiner Umwelt.	-	+	+	+	
Es geht offen an neue Dinge heran.	-	~	+	+	
Es kann seine Wünsche angemessen verbal zum Ausdruck bringen.	~	+	+	+	
Es erträgt die Ablehnung von Wünschen.	-	-	~	~	
Es drückt seine Gefühle mittels seines Körpers aus.	+	+	+	+	
Das Kind hüpfert und klatscht, wenn es sich freut.	+	+	+	+	
Es akzeptiert Verbote und Regeln.	-	~	~	~	

MANUEL

Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Kompetenzen

Sept. Okt. Nov. Dez.

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind ist fähig, Beziehungen aufzubauen, die von Sympathie und gegenseitigem Respekt gekennzeichnet sind.	—	—	~	~	
Es ist in der Lage, Empathie zu entwickeln und die Perspektive anderer einzunehmen.	~	+	+	+	
Das Kind ist kommunikationsfähig.	+	+	+	+	
Es hat einen guten Kontakt zu Erwachsenen.	+	+	+	+	
Es hat einen guten Kontakt zu Kindern.	—	~	~	~	
Es kann kooperieren, es kann sich sowohl mit den Erwachsenen als auch mit Kindern absprechen, planen, durchführen und reflektieren.	~	~	~	~	
Es setzt sich für die Gemeinschaft ein.	—	—	~	~	
Es geht mit den Sachen anderer gewissenhaft um.	—	—	~	+	
Es löst Konflikte.	—	~	~	~	
Es zeigt ein einsichtiges Verhalten.	—	~	~	~	
Es ist hilfsbereit und setzt sich für andere ein.	~	+	~	~	
Es entwickelt Werte und Orientierungskompetenz.	—	~	~	~	
Es ist fähig und bereit zur Verantwortungsübernahme.	~	~	~	~	
Es verfügt über interkulturelle Kompetenz, es tritt allen Kulturen und Menschen offen gegenüber.	~	~	~	+	

Beobachtungsbogen zur Erfassung emotionaler Kompetenzen

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind hat ein Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand und kann Gefühle in Worte fassen, es zeigt Verständnis gegenüber den eigenen Emotionen und den Gefühlszuständen anderer.	-	-	~	~	
Es kann Gefühle anderer richtig interpretieren.	~	+	+	+	
Es entwickelt Selbstregulationsfähigkeit, d. h. es kann seine Gefühle wahrnehmen und sie angemessen ausdrücken.	-	-	~	~	
Das Kind zeigt Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude, Ärger.	+	+	+	+	
Es benennt Gründe für Angst.	+	+	+	+	
Es zeigt emotionale Offenheit, es hat Verständnis für die Gefühlslage anderer.	~	~	~	~	
Es geht mit Leistungsanforderungen positiv um.	-	-	-	~	
Es besitzt ein positives Selbstwertgefühl.	-	-	-	-	
Es besitzt genügend Selbstsicherheit, es äußert seine Meinungen, Wünsche, etc.	+	+	+	+	
Es ist interessiert an seiner Umwelt.	-	~	~	~	
Es geht offen an neue Dinge heran.	-	~	~	~	
Es kann seine Wünsche angemessen verbal zum Ausdruck bringen.	~	~	+	+	
Es erträgt die Ablehnung von Wünschen.	-	-	~	~	
Es drückt seine Gefühle mittels seines Körpers aus.	+	+	+	+	
Das Kind hüpfte und klatscht, wenn es sich freut.	+	+	+	+	
Es akzeptiert Verbote und Regeln.	-	~	~	+	

Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Kompetenzen

Sep. Okt. Nov. Dez.

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind ist fähig, Beziehungen aufzubauen, die von Sympathie und gegenseitigem Respekt gekennzeichnet sind.	~	~	~	~	
Es ist in der Lage, Empathie zu entwickeln und die Perspektive anderer einzunehmen.	+	+	+	~	
Das Kind ist kommunikationsfähig.	+	+	+	+	
Es hat einen guten Kontakt zu Erwachsenen.	~	~	+	~	
Es hat einen guten Kontakt zu Kindern.	~	~	+	-	
Es kann kooperieren, es kann sich sowohl mit den Erwachsenen als auch mit Kindern absprechen, planen, durchführen und reflektieren.	-	-	~	-	
Es setzt sich für die Gemeinschaft ein.	-	-	~	-	
Es geht mit den Sachen anderer gewissenhaft um.	+	+	+	~	
Es löst Konflikte.	~	~	~	-	
Es zeigt ein einsichtiges Verhalten.	-	~	+	-	
Es ist hilfsbereit und setzt sich für andere ein.	+	+	+	~	
Es entwickelt Werte und Orientierungskompetenz.	~	+	+	~	
Es ist fähig und bereit zur Verantwortungsübernahme.	~	+	+	-	
Es verfügt über interkulturelle Kompetenz, es tritt allen Kulturen und Menschen offen gegenüber.	+	+	+	~	

Beobachtungsbogen zur Erfassung emotionaler Kompetenzen

Sep. Okt. Nov. Dez.

Beobachtungskriterien	Beobachtungsergebnisse (+, -, ~)				
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Durchschnitt
Das Kind hat ein Bewusstsein über den eigenen emotionalen Zustand und kann Gefühle in Worte fassen, es zeigt Verständnis gegenüber den eigenen Emotionen und den Gefühlszuständen anderer.	-	~	~	~	
Es kann Gefühle anderer richtig interpretieren.	+	+	+	+	
Es entwickelt Selbstregulationsfähigkeit, d. h. es kann seine Gefühle wahrnehmen und sie angemessen ausdrücken.	-	~	~	-	
Das Kind zeigt Emotionen wie Staunen, Trauer, Freude, Ärger.	+	+	+	+	
Es benennt Gründe für Angst.	+	+	+	+	
Es zeigt emotionale Offenheit, es hat Verständnis für die Gefühlslage anderer.	~	~	+	~	
Es geht mit Leistungsanforderungen positiv um.	+	+	+	~	
Es besitzt ein positives Selbstwertgefühl.	~	~	~	~	
Es besitzt genügend Selbstsicherheit, es äußert seine Meinungen, Wünsche, etc.	+	+	+	+	
Es ist interessiert an seiner Umwelt.	-	-	~	~	
Es geht offen an neue Dinge heran.	+	+	+	+	
Es kann seine Wünsche angemessen verbal zum Ausdruck bringen.	+	+	+	~	
Es erträgt die Ablehnung von Wünschen.	-	-	~	-	
Es drückt seine Gefühle mittels seines Körpers aus.	+	+	+	+	
Das Kind hüpf und klatscht, wenn es sich freut.	+	+	+	+	
Es akzeptiert Verbote und Regeln.	~	~	~	-	

Eidesstattliche Erklärung

„Wir erklären, dass wir die Arbeit selbstständig verfasst und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet haben.“

Unterschrift

Unterschrift

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Lisa Baldinger
Geburtsort: Grieskirchen
Geburtsdatum: 19.04.1984

Schul Ausbildung:

1990 – 1994 VS Schauerstraße, Wels
1994 – 1998 BRG Brucknergymnasium, Wels
1998 – 2003 HBLA, Höhere Bildende Lehranstalt
für wirtschaftliche Berufe, Wels

Berufsausbildung:

2003 – 2006 Studium für das Lehramt an Volksschulen,
Pädagogische Hochschule der Diözese Linz
2005 – 2007 Akademielehrgang Integrationslehrerin,
Pädagogische Hochschule der Diözese Linz
2006 – 2007 Akademielehrgang Pädagogik bei Verhaltens-
auffälligkeiten, Pädagogische Hochschule, Wien
2006 – dato Studium der Pädagogik (Sozialpädagogik und
Sonder- u. Heilpädagogik), Universität Wien
2011 – dato Hochschullehrgang Kranken-/Heilstättenpädagogik,
Pädagogische Hochschule Oberösterreich

Beruflicher Werdegang:

2006 – 2010 Nachhilfelehrkraft, Lernquadrat, Schwechat
2009 – dato Leitung und Lehrkraft von ADHS-Kindern der Volksschulklasse
im Bildungszentrum Kiprax, Wien
2011 – dato Kinder in Wien, Hortbetreuung

Lebenslauf

ANDREA DISTL

ALLGEMEINES

Geburtsdatum & -ort: 27.Mai 1987, Wien
Familienstand: ledig
Nationalität: Österreich

AUSBILDUNG

seit 06/2010	Fortbildungslehrgang zur ADHD/ADHS Trainerin
10/2006 – dato	Diplomstudium der Bildungswissenschaften an der Universität Wien
2001 – 2006	BAKIP 21 - Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Wien
1997 – 2001	Hauptschule Perchtoldsdorf, Perchtoldsdorf
1993 – 1997	VS Roseggergasse, Perchtoldsdorf

BERUFSERFAHRUNG

Seit 08/2010	Pädagogische Betreuung und Lehrkraft von ADHS-Kindern im häuslichen Unterricht des Bildungszentrum Kiprax
Seit 2009	Lernbetreuerin von Kindern und Jugendlichen im Bildungszentrum Kiprax
08/2007	Betreuerin von Kindern mit und ohne Behinderung, bei der spielerischen Auseinandersetzung mit der Natur beim „offenen, integrativen Reittreff“
07/ 2006	Kinderbetreuung mit verschiedenen Aktivitätsschwerpunkten im Rahmen des Ferienspiels der Marktgemeinde Perchtoldsdorf
07/2005	Kinderbetreuung mit verschiedenen Aktivitätsschwerpunkten im Rahmen des Ferienspiels der Marktgemeinde Perchtoldsdorf
2001 – 2006	Praktika in diversen Kindergärten und Hortinstitutionen der Stadt Wien.

ABSCHLÜSSE

01/2009	Abschluss des 1. Studienabschnitts
2006	Diplomierte Kindergarten- und Hortpädagogin mit Matura