

Hochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS

Eine Betrachtungsweise möglicher, ressourcenorientierter Handlungsempfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit in der Betreuungsarbeit von Kindern zwischen sechs bis zwölf Jahren mit diagnostiziertem Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im stationären Heimkontext

Bachelorthesis

an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Eingereicht im Juli 2020

zum Erwerb des Bachelor of Arts
in Sozialer Arbeit

Verfasserin: Olivia Schudel

Eingereicht bei: Beate Knepper

Abstract

Ungefähr 5 % der deutschen Kinder und Jugendlichen weisen ein Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) auf, wodurch sich ADHS als eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter auszeichnet (vgl. Gawrilow 2012: 13). Aufgrund dieser Häufigkeit und der Tatsache, dass ADHS auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt, rückt dieses Krankheitsbild verstärkt ins Zentrum des allgemeinen Interesses. Hierbei lassen sich kritische Stimmen wiederfinden bezüglich der Behandlungsmethoden und der pädagogischen Betreuung von betroffenen Kindern (vgl. Gawrilow 2012: 13). Im stationären Heimkontext begegnen Professionelle der Sozialen Arbeit häufig dem Krankheitsbild ADHS. Die Verfasserin der Arbeit hat während eines Praktikums in einem Schulinternat auf einer stationären Wohngruppe Kinder begleitet, die unterschiedlich starke Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Die dortige Fachbetreuung der Kinder mit ADHS war von den Faktoren Medikation und negativer Emotionen geprägt. Es fehlte an ressourcenorientierten Handlungsansätzen für Professionelle der Sozialen Arbeit, um Kinder mit diesem Krankheitsbild fördernd in ihrem Alltag begleiten zu können. In der vorliegenden Arbeit werden mithilfe von Fachliteratur ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen herausgearbeitet, die von Fachkräften bei der Betreuungsarbeit mit Kindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren mit diagnostiziertem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im stationären Heimkontext genutzt werden können. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung: Welche ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen lassen sich für Professionelle der Sozialen Arbeit bei der Betreuung von Kindern mit diagnostiziertem ADHS in einer stationären Erziehungshilfeeinrichtung finden?

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Herleitung der Fragestellung	1
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit.....	4
2 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	6
2.1 Ursachen der ADHS	7
2.2 Diagnosekriterien.....	10
2.3 Die drei Kernsymptome der ADHS.....	10
2.3.1 Die Unaufmerksamkeit.....	10
2.3.2 Hyperaktivität	12
2.3.3 Impulsivität	13
2.4 ADHS und Komorbidität	14
2.4.1 Störungen des Sozialverhaltens	14
2.4.2 Sucht.....	16
2.4.3 Lern- und Teilleistungsstörung.....	17
2.4.4 Der soziale Reiferückstand	18
2.4.5 Affektive Störungen.....	19
3 Stationäre Heimerziehung und ADHS	21
3.1 Hilfe im Zwangskontext Heim	21
3.2 Eine Betrachtung der vorausgesetzten Kompetenzfähigkeit einer/eines PSA im Berufsfeld einer stationären Erziehungshilfeeinrichtung.....	23
3.3 Methoden in der Heimerziehung	25
4 Handlungsempfehlungen bei Kindern mit ADHS	28
4.1 Ressourcen und Stärken bei Kindern mit ADHS	28
4.2 Die Kognitive Verhaltenstherapie	31
4.2.1 MTA-Studie	31
4.2.2 Differenzierte Therapieansätze der KVT für förderliche Entwicklungsprozesse bei Kindern mit ADHS	33

4.2.2.1	Die Selbstinstruktion	33
4.2.2.2	Das Selbstmanagement	35
4.2.2.3	Eltern-Training	36
4.3	Drei Variablen des Ansatzes der nichtdirektiven Psychotherapie und Beratung nach Rogers für eine pädagogisch-professionelle Haltung bei Kindern mit ADHS	37
4.4	Ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen für PSA, bei der Betreuungsarbeit mit Kindern mit ADHS im Heimalltag	39
5	Abschlussdiskussion	46
5.1	Ausblick und weiterführende Fragen	48
6	Schlusswort.....	49
	Literaturverzeichnis.....	50

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
PSA	Professionelle der Sozialen Arbeit
MPH	Methylphenidat
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	Weltgesundheitsorganisation
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MTA	Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD
NIMH	National Institute of Mental Health

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Grundmuster/Grundmechanik der ADHS	8
Abbildung 2:	Modell der ADHS	9
Abbildung 3:	Lernstoffrest nach 30 Tagen in % des Ausgangswertes bei Wiederholungen am 2., 8. und 21. Tag.....	17
Abbildung 4:	Therapeutische Vorgehensweise bei Grundschulkindern.....	31
Abbildung 5:	Problematische Kernsituationen bei ADHS und die damit verbundenen Beeinflussungsfaktoren/Beziehungsstrukturen.....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Die 4 Behandlungsmöglichkeiten und Gruppierungen der MTA-Studie	32
------------	--	----

1 Einleitung

Dieses Kapitel beginnt mit dem Einstieg einer persönlichen Erfahrung der Verfasserin mit dem Störungsbild ADHS. Im Anschluss folgt die Herleitung der zu bearbeitenden Fragestellung, die vom Aufbau der Arbeit und der Relevanz für die Soziale Arbeit abgelöst wird, woraus das Ziel der vorliegenden Arbeit resultiert.

Die Verfasserin kam in der Kindheit erstmals mit ADHS in Berührung. M., ein Freund aus Kindheitstagen, hatte eine stark ausgeprägte Form der ADHS. Die Verfasserin und M. verbrachten oft gemeinsame Spielnachmittage, wobei auffiel, dass M. sich von anderen Kindern unterschied. Jedoch wurden diese Unterschiede nie als störend empfunden, sondern als Einzigartigkeit, die zu innovativen Spielideen führte. M. genügte es z.B. nicht, eine Geschichte über eine Geisterbahn erzählt zu bekommen. Er wollte eine eigene Geisterbahn gestalten, denn nur die Dinge, die er selbst kreieren konnte, waren für ihn real. M. brauchte mehr als eine Visualisierung, um seine Phantasiewelt frei entfalten zu können. Die Verfasserin tauchte durch M. unbewusst in eine neue Phantasiewelt ein, die sie durch keinen Spielfilm oder ein Bilderbuch hätte erfahren können. Das ADHS bei M. machte sich nicht nur durch eine laute Kommunikationsweise und erhöhte Impulsivität deutlich, sondern auch seine Kreativität und Innovation waren ein Teil davon. Resultierend aus diesem kurzen Auszug einer ungewöhnlichen Kindergartenfreundschaft lässt sich der Gedankenanstoss formulieren, der die Sichtweise auf das Störungsbild ADHS nicht primär als Störung sehen lässt, sondern als Chance. Eine Chance, der in verschiedenen Bereichen wie der Kreativität oder Innovation bewusst Beachtung geschenkt werden sollte. Jedes Kind mit ADHS ist einzigartig. Ziel ist es, dies im Rahmen der pädagogischen Betreuungsarbeit zu erkennen und ressourcenorientiert zu fördern.

1.1 Ausgangslage und Herleitung der Fragestellung

Nach Angaben des Barmer GEK Arzneimittelreports 2013 und des Barmer GEK Arztreports 2013 wurde im Jahr 2011 bei 750`000 Menschen in Deutschland ADHS diagnostiziert, davon 620`000 Kinder (vgl. Gerspach 2014: 7–8). Ein prozentualer Anstieg lässt sich ebenfalls bei der Medikamentenabgabe erkennen. Der Verbrauch von Methylphenidat, auch bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin, stieg laut Bundesopiumstelle, deutschlandweit zwischen 1993 und 2011 von 34 kg auf 1,8 Tonnen, das heisst, um das 52-fache, an (vgl. Gerspach 2014: 8). Ergänzend dazu informiert die Techniker Krankenkasse für die Jahre 2006 bis 2009 über einen Anstieg der Medikamentenvergabe bei ADHS von mehr als einem Drittel bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren (vgl. Abelein/Stein 2017: 216). Um an den erwähnten faktischen Daten ansetzen zu können, werden Beobachtungen der Vorpraktikumszeit der Verfasserin dieser Arbeit hinzugezogen. Sie absolvierte unter anderem ein Vorpraktikum von der

Dauer eines Jahres in einem Schulheim für verhaltensauffällige Kinder. Während dieser Zeit wurde sie oft mit herausfordernden Verhaltensweisen von Kindern mit einer ADHS-Störung konfrontiert, bei der sich sowohl bei ihr selbst als auch im Team eine Unsicherheit bemerkbar machte, wie sich diesen Situationen in der Betreuungsarbeit bedürfnisgerecht und ressourcenorientiert begegnen lässt. Durch den hohen Konsum von Ritalin konnte die Verfasserin stark apathische Züge und Persönlichkeitsveränderungen bei den Kindern beobachten. Zusätzlich stellte sie fest, dass die Kinder, die eine Ritalin-Dosis erhielten, beim Abklingen des Medikaments ein verstärktes hyperaktives Verhalten aufwiesen. Diese Beobachtung lässt sich in der Literatur bei Gawrilow (2012: 137) wiederfinden und kann als sogenannter «Rebound-Effekte» bezeichnet werden. Dabei wurde festgestellt, dass bei medikamentös behandelten Kindern beim Nachlassen der Wirkung des Medikaments, ADHS-Symptome wieder verstärkt auftreten (vgl. Gawrilow 2012: 137). Die Autorin dieser Arbeit beurteilt die hohen Abgaben der Medikation bzw. die medikamentöse Erziehungshaltung als kritisch und vertritt die Meinung, dass es wichtiger sei, das facettenreiche Störungsbild der ADHS in seiner Komplexität zu verstehen und Kindern mit diagnostiziertem ADHS – ihren Möglichkeiten entsprechend – ressourcenorientiert zu fördern. Diese Überlegungen führten zum Anlass, alternative Handlungsansätze in der pädagogischen Erziehung bei Kindern mit ADHS näher zu beleuchten. Angelehnt an den Überlegungen von Paul Moor bzw. einen seiner drei Grundregeln für Erziehung: «Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende» zu agieren, lässt sich der Ursprung für die Herleitung der Fragestellung wiederfinden (Moor 1965, zit. nach Stiehler 2007: 108).

Ein Medikament zielt darauf ab, sich gegen eine Krankheit zu richten und lässt den Bedarf an alternativen Herangehensweisen in den Hintergrund rücken. Dadurch lässt eine medikamentöse Behandlung eine erzieherische Haltung verzichtbar erscheinen, da die Wirkung nicht abhängig von der erzieherischen Haltung bzw. der Fachkraft, die das Medikament verabreicht, ist (vgl. Stiehler 2007: 98). Somit wird nur ein «Bekämpfen» der aktuellen Symptomatik angestrebt, nicht aber ein umfassendes Verständnis für die Symptomatik oder das Innenleben des betroffenen Kindes. Es ergibt sich daraus die naheliegende Frage, welche anderen Betreuungsformen bzw. alternative Handlungsansätze sich für Professionelle der Sozialen Arbeit in stationären Erziehungshilfeeinrichtungen finden lassen, um dieser bedeutsamen Aufgabe gerecht werden zu können und einen kompetenzfördernden Zugang im Betreuen der Kinder zu gewährleisten. Die Beantwortung dieser Frage gestaltet sich als herausfordernd und komplex. Man kann sich das Störungsbild ADHS als ein grosses Aquarium vorstellen, indem viele unterschiedliche Arten von Fischen schwimmen. Jeder einzelne Fisch ist ein individueller Teil einer Gemeinschaft, die schlussendlich als grosse Vielfalt das Aquarium-Becken formt. So verhält es sich auch mit der ADHS. Jede Begleitstörung, bzw. komorbide Störung ist ein Teil der ADHS und formt das individuelle Verhaltensmerkmal eines Kindes mit diagnostiziertem

ADHS. Jedoch lässt sich die Vielfalt der Fische in einem grossen Aquarium nicht mit der gleichen Fürsorge versorgen, da sich alle in ihrem einzigartigen Verhalten unterscheiden. Anhand dieses Vergleichs soll verdeutlicht werden, dass sich das Störungsbild ADHS in der Fachliteratur in einem unterschiedlichen Facettenreichtum präsentiert: verschiedene Ansichten und Interventionsbeispiele, angelehnt an psychologisch basierten Strategie-Modellen oder medizinisch, erforschten Theorien, die von Fachleuten diskutiert werden.

Somit präsentiert sich die Ausgangslage der Beantwortung der Frage mit einem bunten Fächer unterschiedlicher Meinungsvertreter, die eine unterstützende Förderung in der Betreuungsarbeit von Kindern mit diagnostiziertem ADHS schildern. Der Bearbeitungsprozess wurde beeinflusst durch die persönlichen Erfahrungen der Verfasserin, die bereits in ihrer Kindheit mit ADHS in Berührung kam und dabei feststellte, dass die Auffälligkeiten bei ADHS die Stärken und Ressourcen eines Kindes überschatten. Dies bewegte die Verfasserin dazu, der Krankheit nicht primär als Störungsbild zu begegnen, sondern an den Stärken und Ressourcen der Kinder anzuknüpfen und zu versuchen, die Förderziele daran auszurichten. Des Weiteren stellte die Verfasserin durch eigene Erfahrungen aus dem stationären Praxisfeld fest, dass sich eine gewisse «Ratlosigkeit» für Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit ADHS bei Kindern zeigt und sie ein besseres Verständnis für die ADHS und ihre vielfältigen Merkmale aufzeigen möchte, um dadurch angemessene Handlungsempfehlungen in der direkten Betreuungsarbeit zu ermöglichen. Aus diesen Überlegungen ergab sich die Fragestellung: Welche ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen lassen sich für Professionelle der Sozialen Arbeit bei der Betreuung von Kindern zwischen sechs bis zwölf Jahren mit diagnostiziertem ADHS im stationären Heimkontext finden?

1.2 Zielsetzung

Die vorliegende Bachelorthesis verfolgt zwei Hauptziele. Im ersten Teil der Arbeit beinhaltet die Zielsetzung, dass Professionelle der Sozialen Arbeit in stationären Erziehungshilfeeinrichtungen ein sensibilisiertes und umfassendes Verständnis für die Vielfältigkeit der ADHS in ihrer Symptomatik bzw. den Äusserungsformen von Begleiterkrankungen entwickeln können. Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ressourcen und Stärken von betroffenen Kindern, gefiltert von Auffälligkeitssymptomatik, betrachtet, woraus mögliche Handlungsempfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden sollen, die sich sowohl an den Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie, sowie an den drei Variablen des Ansatzes der nichtdirektiven Psychotherapie und Beratung nach Rogers für eine pädagogisch-professionelle Haltung orientieren. Es ist nicht der Anspruch dieser Arbeit, die einzig richtigen Handlungsempfehlungen vorzustellen. Vielmehr ist es die differenzierte Zusammensetzung bzw. Zusammenspiel mehrerer Handlungsempfehlungen, die als Endergebnis angesehen werden können. Des

Weiteren soll erreicht werden, die ADHS in ihrer Individualitätsvielfalt zu verstehen, wodurch den Professionellen der Sozialen Arbeit ermöglicht werden kann, in ihrer Betreuungsarbeit angemessen auf Konfliktsituationen reagieren und die betroffenen Kinder kompetenzfördernd begleiten zu können.

1.3 Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit

«Die Professionellen der Sozialen Arbeit wählen ihre Methoden differenziert je nach der Lage der Situation, den individuellen Gegebenheiten und spezifischen Aufgabengebieten der Organisationen, in deren Dienst sie stehen. Sie gründen ihre Interventionen auf wissenschaftliche Erkenntnisse, die ihnen erlauben, Situationen richtig zu analysieren, zu beurteilen und methodisch zielgerichtet und wirkungsvoll zu gestalten. Sie tun dies vorbeugend, erziehend, stützend, ergänzend oder ersetzend, je nachdem, was die Situation erfordert. [...]»
(Avenir Social, Soziale Arbeit Schweiz o.J.)

Nach dem Berufskodex der Avenir Social umfasst das Aufgabengebiet einer/eines PSA unter anderem ein differenziertes Auswählen angemessener Methoden, angepasst an die individuelle Situationslage und dem spezifischen Arbeitsfeld. Das differenzierte «sich bedienen» von Methoden, stellt insbesondere im Rahmen der stationären Erziehungshilfeeinrichtungen einen hohen Anspruch an die/den PSA. Nebst der Tatsache, dass in diesem Arbeitsfeld eine Rund-um-die-Uhr Betreuung angeboten wird, die eine enge Zusammenarbeit mit dem/der Klienten/in erfordert, wodurch sich wiederum mehrmals täglich Konfliktsituationen ergeben können, auf die es gilt, adäquat reagieren bzw. intervenieren zu können, stossen PSA in ihrem Berufsalltag vermehrt auf Auffälligkeiten im sozialen Verhalten.

Nach dem Bundesamt für Statistik (2014) war das Hauptmotiv für die Unterstützung junger Menschen, die am 31.12.2012 in einer Institution der stationären Erziehungshilfe wohnhaft waren, zu 13 % Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (vgl. Günder 2015: 44). Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom lässt sich in die Kategorie «Auffälligkeit im sozialen Verhalten» zuordnen und kann in seiner Komplexität eine herausfordernde Aufgabe in der erzieherischen Betreuungsarbeit darstellen. Um dieser Aufgabe auf einer multidimensionalen Ebene begegnen zu können, braucht es ein differenziertes Verständnis für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, das sich nebst einem fundierten Wissensstand aus einem Selbstreflexionsanteil und der daraus resultierenden Fähigkeit, beide Komponenten miteinander zu verknüpfen und praktisch im pädagogischen Handlungsstrang anzuwenden, zusammensetzt. Innerhalb der Mitarbeiterschaft von Heimen lässt sich beobachten, dass pädagogische Erfolge auch deshalb nicht stattfinden, weil es an Grundhaltungen fehlt und weitergehende Konzeptionen dann auch nicht verankert werden können. Oftmals wird spontan gehandelt, weil aktuelle Situationen dies erfordern, ohne auf die Sicherheit eines Grundkonzeptes zurückgreifen zu können. Somit lässt sich festhalten, dass es nicht ausreicht, den in Heimen lebenden Kindern

und Jugendlichen positive Absichten entgegenzubringen. Um Absichten zu realisieren, braucht es pädagogische Einsicht und Qualifikationen (vgl. Günder 2015: 181). Um diesen Prozess für PSA zugänglicher zu machen und den gefühlten Unsicherheiten entgegenzuwirken, benötigt es konkrete «Anwendungsanleitungen», an denen sich Fachkräfte orientieren können. Hier wird die Relevanz für die Soziale Arbeit deutlich. In Bezug auf die vorliegende Arbeit besteht der Anspruch, dass es PSA in der Zusammenarbeit mit Kindern mit ADHS ermöglicht wird, sich auf Handlungsempfehlungen berufen zu können.

2 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zählt nebst den aggressiven Verhaltensstörungen zu den verbreitetsten, psychischen Störungen im Kindesalter (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 1). Trotz fachlichen Erkenntnissen werden kritische Stimmen bezüglich der Validität der ADHS laut, für die ADHS eine Modediagnose darstellt. Diese öffentlichen Äusserungen können durch beispielhafte Darstellungen aus der Geschichte der Medizin und Psychologie widerlegt werden (vgl. Gawrilow 2012: 20). Bereits 250 v. Chr. beklagte sich eine Mutter in einer Ode von Herondas über einen Jungen, der die Tafel verkratzte, anstatt darauf zu schreiben, und nicht konzentriert lernen konnte, sondern lieber herumturnte. 1844 wurde ein solches Verhalten von Kindern in Geschichten wie die des Zappelphilipps von Heinrich Hoffmann oder die des Michel aus Lönneberga von Astrid Lindgren weitererzählt. Die Figur von Michel stellt einen Jungen dar, der sich durch seine impulsiven und zugleich kreativen Ideen auszeichnet, bemerkbar macht (vgl. Neuhaus 2012: 12). Über mehrere Jahre hinweg galt eine solche motorische Unruhe bei jungen männlichen Kindern als Hauptsymptom für die Störung, die heute als ADHS bezeichnet wird. Ihre Verhaltensmerkmale wurden als zu nervös oder zu lebhaft und im späteren Anschluss daran als hyperaktiv bezeichnet. Eine Fachmeinung wurde 1902 durch den englischen Kinderarzt Georg Still veröffentlicht, der aufbauend auf systematischen Beobachtungen bei einer Anzahl Kinder feststellte, dass sie grosse Schwierigkeiten hatten, ihre Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Ebenfalls beobachtete er einen Befriedigungsdrang der eigenen Bedürfnisse der Kinder, wodurch er zum Schluss kam, dass die Kinder an einem Defekt der moralischen Kontrolle litten (vgl. ebd.). Mangelhafte Selbstregulation sowie Aggressivität und Undiszipliniertheit sind weitere Erkenntnisse von Still. Hierbei ist auffallend, dass die Kinder eine normale, ausgeprägte Intelligenz ausweisen konnten (vgl. Gawrilow 2012: 17).

Sowohl die bereits damals beschriebene vorhandene Intelligenz als auch ein ausgeprägtes Kreativitätsverständnis finden sich in der heutigen Literatur wieder. Albert Einstein oder Wolfgang Amadeus Mozart sind einige grosse Namen, die trotz oder vielleicht gerade aufgrund ihrer ADHS als weltberühmte Persönlichkeiten in die Geschichte eingegangen sind (vgl. Drüe 2007: 47). Nach Simchen (2020: 638–639) machte Albert Einstein, ähnlich wie Thomas Edison, überwiegend negative Erfahrungen während seiner Schulzeit aufgrund seiner Lernschwächen und einem schwierigen Verhalten den Lehrpersonen gegenüber. Ebenso galt Wolfgang Amadeus Mozart als schwierige Persönlichkeit, dem ein zappeliges und unruhiges Verhalten nachgesagt wurde und nach heutigem Stand der Argumentationen bei ihm eine Hyperaktivität erahnen lässt (vgl. Simchen 2020: 638- 639).

Jeder dieser Persönlichkeiten zeichnet sich nebst einer erhöhten Intelligenz auch durch eine individuelle, geniale Kreativität aus. Diese Kreativität ist eine der hervorragenden Eigenschaften von Menschen, die mit ADHS leben, da das Gehirn fortlaufend neue Ideen entstehen lässt (vgl. Drüe 2007: 47–48).

Menschen mit einer ADHS haben besondere Fähigkeiten, aussergewöhnliche Wege zu gehen. Was sie dazu brauchen, sind Selbstvertrauen, viel Motivation und Eigeninitiative, um ihre Ziele im Leben zu erreichen. Leider ist bei ADHS noch immer wenig darüber bekannt, was man selbst tun kann und muss, um ADHS nicht primär als Krankheit zu erdulden, sondern sie als Chance zu nutzen und von seinen besonderen Fähigkeiten zu profitieren, die viel zu häufig unerkannt bleiben (vgl. Simchen 2015: 11).

Hier setzt die vorliegende Arbeit anhand der folgenden Gliederung an.

In den ersten drei Kapiteln wird das Ziel verfolgt, ein sensibilisiertes Verständnis für das komplexe Konstrukt ADHS zu entwickeln und ein ganzheitliches Bild hervorzuheben. Dazu benötigt es im Folgenden zuerst einen Blick auf die möglichen Ursachen der Krankheit. Im Anschluss daran findet eine Erläuterung der Kernsymptomatik statt, die von einer vertieften Betrachtungsweise der Begleitstörungen (komorbide Störungen) abgelöst wird.

Die fachlich beschriebenen Kernsymptome werden durch kurze Beobachtungsberichte der Verfasserin dieser Arbeit ergänzt.

2.1 Ursachen der ADHS

Veröffentlichte Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Forschung der letzten Jahre zeigen auf, dass der Dopamin-Mangel im Gehirn, der bei Menschen mit einer ADHS-Erkrankung nachweisbar ist, als Ursache für die Aufmerksamkeits- und Impulssteuerungsschwäche bei ADHS angesehen werden kann (vgl. Kemmerich 2017: 20). Im Folgenden soll kurz erklärt werden, welche Vorgänge auf der neurobiologischen Ebene stattfinden, die für eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung verantwortlich sein können.

Im menschlichen Gehirn lassen sich zwei Aufmerksamkeitszentren bestimmen. Das vordere Aufmerksamkeitszentrum sitzt im Stirnhirn und verwaltet den Botenstoff Dopamin, der in den Hirnzellen selbst hergestellt wird und für die Nachrichtenvermittlung zwischen den einzelnen Nervenzellen verantwortlich ist. Aufgrund einer Genveränderung, die bei Menschen mit ADHS verändert ist, wird die Übertragung von Dopamin gestört bzw. reagiert rückläufig und kann dadurch den synaptischen Spalt nicht ausreichend versorgen. Dies hat zur Folge, dass Impulse nur in verminderter Zahl von einer Nervenzelle in die andere weitergeleitet werden, wodurch alle Leistungen, die durch den Botenstoff erzeugt werden, erlahmen. Die Rede ist von den Leistungen der Aufmerksamkeitssteuerung, der Impulssteuerung und der Planung

(vgl. Kemmerich 2017: 185). Das zweite Aufmerksamkeitszentrum befindet sich im Scheitel- und Hinterhauptshirn und verwaltet den Botenstoff Noradrenalin. Beide Aufmerksamkeitszentren arbeiten, wie alle Teile des Gehirns, nach dem Prinzip der Reizschwellenanpassung. Bei Reizen, die für eine Leistung besonders wichtig sind, wird die Reizschwelle herabgesetzt, wodurch der Reiz verstärkt und beschleunigt weitervermittelt werden kann. Bei Reizen, die für die aktuelle Leistung keine Bedeutung haben, wird die Reizschwelle angehoben. Das heisst, solche Reize werden herausgefiltert. Anhand von Botenstoffen vollbringt das Gehirn die Reizschwellenanpassung (vgl. Kemmerich 2017: 185-186). Ein Mensch mit ADHS verfügt in den beiden Aufmerksamkeitszentren nicht über genügend Botenstoffe, wodurch seine Filterleistung geschwächt ist. Die Reizschwelle ist für alle Umweltreize, Emotionen und Assoziationen auf eine niedrige Stufe gesetzt und zu viele Informationen schwappen so über, bzw. bringen die Schwelle zum Überlaufen. Unwichtig und wichtig kann nicht mehr von der Nervenzelle auseinandergehalten werden und muss darum auf alle eintreffenden Reize gleichermassen adäquat antworten, was wiederum ein Ordnen und Konzentriert-Bleiben unmöglich macht. Aus diesem Grund wirken Menschen mit ADHS auf ihre Mitmenschen sehr sprunghaft, unkonzentriert und ablenkbar (vgl. Kemmerich 2017: 186).

Diese sogenannte Reizüberflutung bei Menschen mit ADHS wird im Modell von Lachenmeier nochmals bildlich dargestellt.

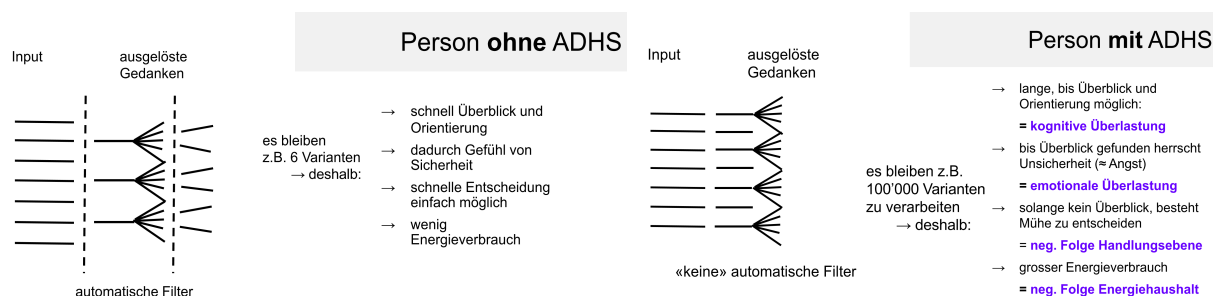


Abbildung 1: Grundmuster/Grundmechanik der ADHS (vgl. Lachenmeier 2015: o.S.)

Das Modell von Lachenmeier zeigt auf, dass Menschen mit ADHS nicht über einen sogenannten automatischen «Filter» verfügen und dadurch keine Verarbeitung der Gedanken stattfindet, was eine Reizüberflutung zur Folge hat.

Eine weitere Erklärung für Ursachen einer ADHS wird durch Döpfner, Banaschewski und Sonuga-Barke (2008) anhand des biopsychosozialen Modells veranschaulicht, bei dem nebst den neurobiologischen Faktoren noch die psychosozialen Faktoren bei der Störungsentstehung berücksichtigt werden. Hierzu wird das Modell kurz vorgestellt.

In Bezug auf die zugrunde liegenden Ursachen betrachtet das Modell primär die biologischen Faktoren, so wird ein gestörter Neurotransmitterstoffwechsel auf eine genetische Disposition

zurückgeführt. Dieser Neurotransmitterstoffwechsel löst die exekutiven und auch motivationalen Dysfunktionen aus, die sich wiederum auf der Verhaltensebene in den drei Symptomen der Impulsivität, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität zeigen. Folglich hat das hyperkinetische Verhalten betroffener Kinder eine negative Auswirkung auf Interaktionen mit den engen Bezugspersonen, das verbunden mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen, wie beispielsweise eine Scheidungsproblematik in der Familie oder Probleme in der Schule, einen negativen Verlauf der Störung bewirken kann. Sowie ein ungünstiges, soziales Umfeld eine negative Beeinflussung als Konsequenz hat, kann sich ein günstiges soziales Umfeld positiv auf die Symptomatik auswirken (vgl. Gawrilow 2012: 63–64).

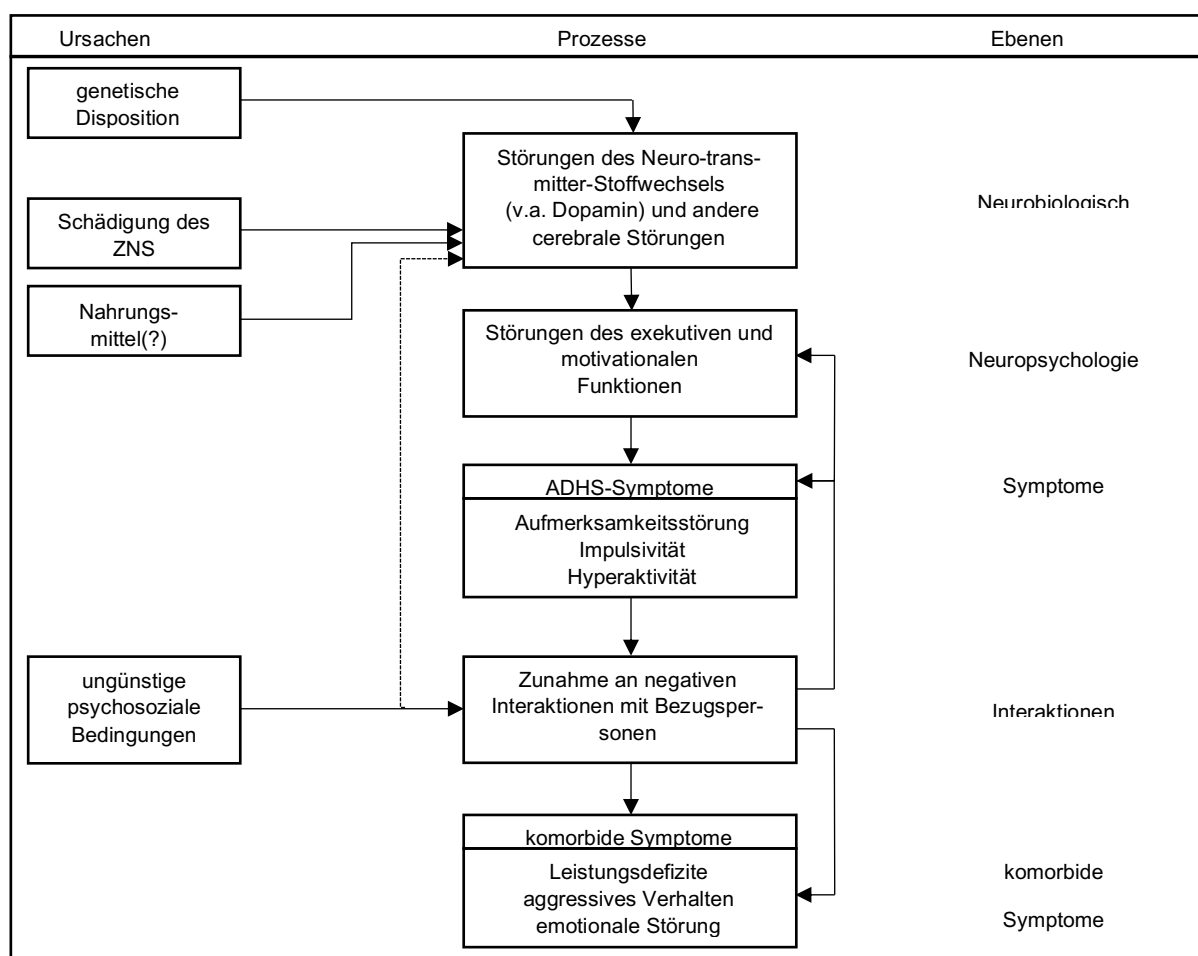


Abbildung 2: Modell der ADHS nach Döpfner/Banaschewski/Sonuga-Barke 2008 (in: Gawrilow 2012:64)

Insgesamt kann gesagt werden, dass genetische-neurobiologische Ursachenaspekte faktisch belegbar sind, jedoch psychosoziale Faktoren genauso zu berücksichtigen sind, da diese für eine positive oder negative Beeinflussung auf die Symptomatik und den Krankheitsverlauf der ADHS verantwortlich sein können. Abschliessend ist wichtig zu erwähnen, dass die Ursachen-

zusammenhänge der ADHS noch nicht vollständig untersucht sind, wodurch das Störungsbild nicht durch eine alleinige Ursache geklärt werden kann (vgl. Abelein/Stein 2017: 127–128).

Mögliche, weitere Einflussfaktoren lassen sich in den Umwelteinflüssen, wie beispielsweise der Ernährung oder sozioökonomische Aspekte wiederfinden. Auf solche weiteren Ausführungen wird aufgrund des Fokus der Arbeit verzichtet.

2.2 Diagnosekriterien

Um ein umfassendes Gesamtbild von ADHS diagnostizieren zu können, bedarf es das Berücksichtigen verschiedener Vorgehensweisen von Abklärungssparten. Einerseits können umfangreiche Abklärungen in Form von Verhaltensbeobachtungen, körperliche und neurobiologische Untersuchungen, ausgewählten Testverfahren und Befragungen der Bezugspersonen durchgeführt werden (vgl. Kemmerich 2017: 48). Andererseits setzt die Diagnosestellung eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms nebst der thematisierten Erhebung die Ableitung bzw. Überprüfung vorgegebener Verhaltensweisen, definiert in einem Klassifikationssystem von Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern voraus. Fachkräfte berufen sich dabei auf die zwei gebräuchlichsten Klassifikationsmodelle, dem DSM oder auf das ICD. Das DSM ist ein Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association. Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist das bedeutendste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für Diagnosen (vgl. Gawrilow 2012: 23). Auf weitere Ausführungen der Klassifikationssysteme wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet.

2.3 Die drei Kernsymptome der ADHS

Es folgt eine Betrachtungsweise der drei Kernsymptome der ADHS, die sich aus der Unaufmerksamkeit, der Hyperaktivität und der Impulsivität zusammensetzen und durch Beobachtungsberichte der Autorin ergänzt wird.

2.3.1 Die Unaufmerksamkeit

Das Verhaltensmerkmal Unaufmerksamkeit kann sich bei Kindern mit ADHS in verschiedenen Lebensräumen, wie beispielsweise innerhalb des familiären Kontexts oder dem Lernumfeld Schule bemerkbar machen (vgl. Gawrilow 2012: 21). In Hinblick auf den Schulalltag lässt sich eine häufige Unkonzentriertheit während des Schulunterrichts bei den betroffenen Kindern feststellen. Die Kinder machen gehäuft Flüchtigkeitsfehler und haben Mühe, Anweisungen zu befolgen (vgl. ebd.). Ein weiteres Verhaltensmerkmal in Bezug auf die Unaufmerksamkeit ist, dass betroffene Kinder häufig schnell durch äussere Reize abgelenkt sind (vgl. ebd.).

Diese Aussagen von Gawrilow sollen mit einem (Beobachtungsbericht) der Verfasserin dieser Arbeit verdeutlicht werden.

Beobachtungsbericht

«Die PSA hatte die Möglichkeit, den Klienten S. während einer Schulsequenz begleiten zu können. Sie setzte sich an den leeren Tisch und hat sich ihrem persönlichen Beobachtungsauftrag gestellt, das Konzentrationsvermögen von S. während einer kurzen Schulstunde zu dokumentieren. S. erhält einen Arbeitsauftrag in Form eines Lese-Verstehen-Textes, der gelesen werden soll und im Anschluss daran durch ein Multiple-Choice-Verfahren getestet wird, wie viel der Schüler vom Inhalt des Textes verstanden hat. Während die Lehrperson die Aufgabe erklärt, wippt S. mit dem Stuhl hin und her und folgt dem Treiben einer Fussballmannschaft auf dem Sportplatz».

Der Lehrer weist S. mehrmals daraufhin, sich auf das vorliegende Textblatt zu konzentrieren. S. versucht, sich vom Fenster abzuwenden, sucht jedoch vermehrt die Aufmerksamkeit der PSA und schafft es nicht, den Text in Ruhe durchzulesen. Nach mehrfachen Ermahnungen des Lehrers setzt S. erneut an, sich auf den Text zu konzentrieren. Kurz darauf sucht S. wieder das Gespräch mit der PSA. Die Lehrperson widmet sich einem anderen Mitschüler. Zu diesem Zeitpunkt setzt sich die PSA neben S. und geht den Arbeitsauftrag in kleinen Schritten mit S. durch. Die PSA stellt fest, dass in der 1:1 Betreuung mit S. eine bessere Konzentrationsfähigkeit zu verzeichnen ist.

Besonders interessant war die angewendete Arbeitsweise, die die Aufmerksamkeit von S. erhöhte und sein Konzentrationsvermögen förderte. Die PSA hat versucht, den Lese-Verstehen-Auftrag bildlich darzustellen. Sobald S. den von der PSA gemalten Wal, der die Hauptfigur in der Geschichte verkörperte, gesehen hat, war das Interesse geweckt. Daraufhin konnte sich S. den Text besser merken und erledigte den Arbeitsauftrag erfolgreich und fehlerlos.

Es lässt sich dadurch ein kreatives Verständnis und somit ein Ressourcenmerkmal des betroffenen Kindes erkennen, worauf in Kapitel 4 ausführlicher eingegangen wird.

Nebst der Ablenkbarkeit und Unkonzentriertheit lässt sich bei Kindern mit ADHS auch eine Vergesslichkeit beobachten. Verlorene Kleidergegenstände oder verschwundenes Schulmaterial gehören zum alltäglichen Leben der Kinder (vgl. Gawrilow 2012: 21). Dies lässt sich damit erklären, dass die betroffenen Kinder nur über einen geringen Arbeitsspeicher im Gehirn verfügen, da dieser durch die Reizüberflutung überlastet ist. Somit werden die Reize in ihrer Umgebung nicht nach ihrer Wichtigkeit gefiltert. Dadurch nehmen die Kinder ihre Umgebung nur oberflächlich wahr und ersetzen Erinnerungslücken als Selbsthilfe durch ihre ausgeprägte Fantasie. Faktisch können sie sich in den gegebenen Momenten an nichts anderes erinnern und halten die auf diese Weise konstruierte Wirklichkeit für real. Eine negative Folge davon kann sein, dass die betroffenen Kinder als Lügner bezeichnet werden. Gelingt es den Kindern, wieder innerlich zur Ruhe zu kommen, fällt ihnen die wirkliche Begebenheit wieder ein, unter stressigen Faktoren gelingt ihnen dies jedoch nicht (vgl. Simchen 2020: 55–56).

2.3.2 Hyperaktivität

Die motorische Hyperaktivität ist als das leichteste, erkennbare Merkmal der Kinder mit ADHS zu bewerten (vgl. Gawrilow 2012: 22). Vergleichbar mit der Unaufmerksamkeit ist auch die Hyperaktivität situationsabhängig und zeigt sich vor allem in Situationen, die Ausdauer und Ruhe erfordern, wie beispielsweise im Schulunterricht. Dies könnte darauf hindeuten, dass es sich dabei nicht um ein allgemein gesteigertes Aktivitätsniveau handelt, sondern dass betroffene Kinder ihr Verhalten nur unzureichend gut an die Situation angleichen können (vgl. Spröder/Grieb 2012: 58).

Für Schulkinder ist Hyperaktivität ein herausfordernder Begleiter, der sie in ihrem Schulalltag teilweise stark behindern bzw. einschränken kann. Das hyperaktive Schulkind arbeitet unbeständig und wechselt schnell von einer Aktivität zur anderen. Dabei nimmt es alles wahr und kann nur schwer zwischen wichtig und unwichtig unterscheiden (vgl. Simchen 2020: 43). Aufgrund ihrer inneren Unruhe und Ungeduld fällt es den Kindern schwer, sich an gesetzte Regeln zu halten. Ein solches Verhalten wird vermehrt im schulischen Kontext beobachtet, das nach Krowatschek (2009: 36- 37) auf mögliche Trainingsfehler seitens der Lehrpersonen zu erklären ist. Lehrpersonen konfrontieren die Kinder mit einer Vielzahl von Regeln, wobei jedoch der Grundsatz zu berücksichtigen ist, jeweils eine Regel nach der anderen aufzustellen. Kinder mit einem hyperaktiven Verhalten können sich nicht auf mehrere Regelbefolgungen gleichzeitig einlassen, sondern sich maximal auf eine Regel konzentrieren (vgl. Krowatschek 2009: 36–37).

Es scheint wichtig, ein Überforderungsgefühl in Form von Sanktionen bei hyperaktiven Kindern zu vermeiden, da damit eine gegenteilige Reaktion hervorgerufen werden kann.

Diese Ausführungen lassen sich in einer Situationsbeschreibung der Verfasserin im folgenden Beobachtungsbericht wiederfinden.

Beobachtungsbericht

«Es war ein Donnerstagabend und Klient A. hatte sein «Wochen-Ämtli» noch nicht erledigt und auch sein Zimmer noch nicht aufgeräumt. Diese zwei Aufgaben erledigt zu haben, ist eine der Voraussetzungen, um am Freitag nach dem Schulunterricht pünktlich ins Wochenende, das heisst, nach Hause gehen zu können. Die PSA ermahnt Klient A. erneut, dass Wochen-Ämtli in den nächsten 15 min zu erledigen und sich anschliessend um das Zimmer zu kümmern, ansonsten werde er nicht in das Wochenende gehen können und zusätzlich wird ihm kein Fahrdienst an den Bahnhof angeboten. Klient A. wird wütend und schlägt mit der Hand auf den Tisch. Es folgen Beleidigungen gegen die PSA und A. zieht sich in sein Zimmer zurück. Nach einem Gespräch zwischen der PSA und A. wird erneut ein Versuch gestartet, das Wochen-Ämtli zu erledigen, mit dem Unterschied, dass sich A. erstmals nur auf eine Aufgabe zu konzentrieren hat und wenn er diese erfüllt, sich in einem nächsten Schritt der anderen Aufgabe zuwenden kann. Dadurch gelingt es A. das Wochen-Ämtli erfolgreich zu erledigen».

Das Bewusstsein, dass mehrere Regelumsetzungen ein ADHS-Kind überfordern und ein Step-by-Step-Verhalten bei der Umsetzung mehr Erfolg zeigt, bietet PSA in Alltagssituationen mehr präventiven Raum für das Entstehen bzw. Verhindern möglicher Konfliktsituationen. Durch das Wissen, dass das betroffene Kind sich nicht einfach nicht an die Regeln halten möchte, sondern aufgrund der Reizüberflutung nicht alles auf einmal verarbeiten kann, bietet Raum für ein verständnisvolles Agieren in der Situation.

2.3.3 Impulsivität

Mit Impulsivität wird oftmals ein unkontrolliertes, lautes Agieren assoziiert. Ein solches Verhalten zeigt sich bei Kindern mit ADHS, die oftmals Antworten und Fragen in dafür unpassenden Situationen aussprechen. Ähnlich verhält es sich mit dem «Abwarten», bis sie «an der Reihe sind». Es fällt ihnen schwer, auf etwas warten zu müssen und sie unterbrechen andere dafür häufiger als Kinder, die keine ADHS haben (vgl. Gawrilow 2012: 22).

Eine weitere Äusserungsform von Impulsivität bei Kindern mit ADHS wird von Neuhaus (2012:39) diskutiert. Sie erklärt, dass sich eine Impulskontrollstörung durch eine zu schnelle, rein emotionale Bewertungswahrnehmung auszeichnen kann, das heisst, dass die Stimmung eines Kindes mit ADHS sehr schnell kippen kann. Aus Begeisterung kann sehr schnell Frust werden, oder ein Gefühl der Wut kann plötzlich in tiefe Trauer übergehen. Dabei steigern sich die Kinder in etwas hinein, ohne dies wirklich zu wollen und können es nicht verhindern (vgl. Neuhaus 2012: 39).

Im folgenden Beobachtungsbericht der Verfasserin wird der von Neuhaus thematisierte Wechsel zweier gegensätzlichen Gefühlslagen erkennbar.

Beobachtungsbericht

«Klient X. hat für das Abendessen der Wohngruppe eingekauft und präsentiert der PSA stolz den Einkauf. X. fragt die PSA, ob sie gemeinsam kochen können, und freut sich sehr darauf, für alle Bewohner ein Gericht zuzubereiten. Klient B. erfährt von dem geplanten Gericht, verzieht das Gesicht und meldet sich anschliessend vom Abendessen ab. Klient X. schmeisst daraufhin alle Zutaten des Einkaufes zu Boden, boxt in den Küchenschrank und rennt weinend ins Zimmer. X. verweigert trotz mehrmaligen Motivierens der PSA das gemeinsam geplante Kochen. X. fühlt sich unfair behandelt und hat das Gefühl, immer schuld an allem zu sein. Am gemeinsamen Abendessen nimmt X. nicht teil».

Der Beobachtungsbericht zeigt, dass Kinder mit ADHS bei Wutausbrüchen ihre Gefühle nicht nur nicht abfangen und sie sozial angepasst abreagieren können, sondern sich auch schnell angegriffen fühlen. Dabei sucht das hyperaktive Kind meist die Schuld bei anderen und weist mit Äusserungen wie: «immer ich» lautstark alle Beschuldigungen energisch zurück (vgl. Simchen 2020: 55). Anhand eines gefestigten Selbstwertgefühls des Kindes, könnte diese «Lehrstelle» der Schuldzuweisung entgegengewirkt werden, indem man das Kind darin befähigt,

abstrahieren zu können, wann es die Schuld an etwas trägt und wann es keine Schuld an der Situation trägt.

2.4 ADHS und Komorbidität

Die Redewendung «eine ADHS kommt selten allein» macht darauf aufmerksam, dass ADHS nur vereinzelt als alleiniges Störungsbild vorliegt (vgl. Drüe 2007: 51). Die am häufigsten auftretenden komorbiden Störungen sind die oppositionellen Störungen des Sozialverhaltens mit bis zu 50 %, die affektiven, depressiven Störungen die 15–20 %, den Angststörungen die 20–25 % und den Lernstörungen mit 10–25 % (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 7).

Nach Gawrilow (2012: 31) ist es nachweislich schwieriger, bei ADHS-Betroffenen mit dominanter Hyperaktivität und Impulsivität, komorbide Störungen zu diagnostizieren, was wiederum zur Folge hat, dass sie bei hyperaktiven und impulsiven Kindern häufig übersehen werden. Dieses «Übersehen» kann für ADHS-Betroffene schwere Folgen haben. Alle komorbiden Störungen stellen für die Entwicklung der Betroffenen einen zusätzlichen Risikofaktor dar, da der Verlauf der ADHS bei Betroffenen mit zusätzlichen, komorbiden Erkrankungen oftmals beeinträchtigender und schwerwiegender ist, als für Betroffene ohne komorbide Erkrankungen (vgl. Gawrilow 2012: 31).

In Anbetracht der nachweislich hohen Wahrscheinlichkeit von Begleiterkrankungen bei ADHS und den möglichen, ernsten Verläufen für Betroffene, bei einem fehlenden Erkennen bzw. Wahrnehmen der Äusserungsformen sieht es diese Arbeit vor, im Anschluss genauer auf die Begleiterkrankungen einzugehen, mit dem Ziel, den/die Leser/in für die unterschiedlichen Erscheinungsformen zu sensibilisieren.

Einzelne Verhaltensweisen werden anhand von Beobachtungsberichten der Verfasserin der Arbeit veranschaulicht.

2.4.1 Störungen des Sozialverhaltens

Kinder mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom weisen häufig ein dissoziales und aggressives Verhalten als komorbide Symptome auf. Insbesondere die oppositionelle Störung des Sozialverhaltens wird vielfach diagnostiziert (vgl. Gawrilow 2012: 32).

Diese schwere Verlaufsform bildet sich stets aus einer ADHS-Erkrankung heraus. Kinder und Jugendliche nehmen bereits früh ihre Umwelt als bedrohlich wahr und weisen teilweise ein schmerzunempfindliches, gewaltbereites Verhalten auf. Oftmals lässt sich schon früh ein Substanzmissbrauch beobachten, wobei sich die Kinder und Jugendlichen im Anschluss an ihr Vergehen dessen in keiner Form bewusst sind oder bereuen, sondern sich stark fühlen. Hierbei lässt sich ein Unterschied zu der ADHS feststellen, bei der die eigene Tat meist selbst negativ gewichtet wird und eine klare Bereitschaft zur Entschuldigung und Wiedergutmachung

besteht. Es besteht eine enorme Form von Bagatellisierung und Rechtfertigung der Taten, in Form einer völligen Überzeugung, das Recht zu haben, sich wehren zu dürfen und auch zu müssen, bei subjektiv, nicht auf Antrieb nachvollziehbaren Begründungen (vgl. Neuhaus 2012: 102–103). Im folgenden Beobachtungsbericht der Verfasserin der Arbeit wird diese Form von Bagatellisierung und Rechtfertigung von Taten, die fern von einem angemessenen Verhalten sind, anhand einer Konfliktsituation auf der Wohngruppe veranschaulicht.

Beobachtungsbericht

«Klient L. kommt aufgewühlt aus dem Wochenende zurück ins Heim. Sie hat von ihrer Mutter erfahren, dass sie krank ist. Diese Information belastet L. stark und sie reagiert auf jegliches Ansprechen sehr aggressiv und abweisend. Beim gemeinsamen Abendessen eskaliert die Situation. L. beschimpft und beleidigt die zwei PSA am Tisch. Sie wirft den PSA vor, dass sie kein Verständnis für ihre Situation hätten und spricht verbale Drohungen aus. Anschliessend steht sie auf, hebt den Tisch an, sodass alles auf dem Tisch Stehende umfällt und geht schreiend in ihr Zimmer. Daraufhin versucht die PSA, das Gespräch zu der Mutter von L. zu suchen. Es stellt sich heraus, dass L. die Aussage von der Mutter falsch verstanden hat und diese nicht schwer krank ist. Daraufhin versucht die PSA, das Gespräch mit L. zu suchen. L. erfährt, dass man ihre Mutter kontaktiert hat und die PSA versucht ihr aufzuzeigen, dass ihre Mutter keine schwere Krankheit hat. Daraufhin rastet L. aus. Sie versucht, die PSA physisch anzugreifen und muss von anderen Fachkräften zurückgehalten werden.

Sie ist wütend, weil man mit der Mutter über etwas, für sie sehr Intimes, gesprochen hat und nicht genügend Verständnis dafür zeigt. L. schlägt um sich und verlässt fluchend die Wohngruppe. Ein paar Stunden später wird erneut versucht, das Gespräch mit L. zu suchen, jedoch verweigert sie jeden Kontakt zu den PSA, fühlt sich unfair behandelt und ist überzeugt davon, dass ihr Verhalten gerechtfertigt war. Sie ist davon überzeugt, dass sie sich gegen die PSA wehren musste, da sie sich in ihrer Privatsphäre verletzt fühlte. Am Abend versuchte die PSA erneut, das Gespräch mit L. zu suchen und machte den Vorschlag, einen kleinen Spaziergang auf dem Areal zu unternehmen. L. willigte ein».

Der Beobachtungsbericht lässt vermuten, dass L. eine verzerrte Selbstwahrnehmung hat. Sie ist nicht in der Lage, sich selbst und ihr nächstes Umfeld situationsgerecht wahrzunehmen und sich entsprechend angepasst zu verhalten. Dieses Verhalten lässt sich mit der impulsiven Aggression in Zusammenhang bringen. Diese ist eine Ausprägungsform der aggressiven und dissozialen Verhaltensweise und zeigt sich einerseits durch Ängstlichkeit, andererseits durch eine starke Impulsivität. Betroffene haben Schwierigkeiten mit der Selbstkontrolle, eine geringe Frustrationstoleranz und nehmen Handlungen anderer Menschen verzerrt wahr: verstärkt als Benachteiligung oder Bedrohung. Sie fühlen sich schnell von anderen angegriffen und reagieren mit impulsiv-feindseligem Verhalten (vgl. Fegert/Eggers/Resch o.J.: 913). Als entscheidender Faktor kann hierbei die Erziehungsweise von Eltern und Erziehungspersonen in Bezug auf die Verhaltensproblematik des Kindes angesehen werden.

2.4.2 Sucht

Ein Suchtverhalten kann eine präsente Nebenrolle bei einer ADHS-Erkrankung spielen. Für Menschen mit ADHS besteht ein zweifach erhöhtes Risiko eines Nikotin-, Alkohol- oder Drogenkonsums (Wilens 2003, zit. nach Freitag/Retz 2007: 33). Nach Lachenmeier (2015: o.S.) lässt sich eine erhöhte Abhängigkeit von Suchtmitteln bei Menschen mit ADHS anhand von zwei Hauptgründen erklären. Suchtmittel haben einen medikamentösen Effekt, indem sie die Filterung von Informationen verbessert. Zudem besitzen Menschen mit einer ADHS eine vermindert gesteuerte Impulsivität, wodurch sie schneller bereit sind einen sogenannten «Kick» in Form von Drogen auszuprobieren (vgl. Sauvain 2017: o.S.) Für PSA ergibt sich die für eine adäquate Herangehensweise bei einem Suchtverhalten relevante Frage nach den persönlichen Beweggründen der Kinder und Jugendlichen, die zu einem Substanzkonsum geführt haben. Warum entscheiden sie sich für das Konsumieren von Drogen?

Mit dieser Frage beschäftigte sich auch die Verfasserin während ihrer Praktikumszeit, wodurch der nachfolgende Beobachtungsbericht zustande kam:

Beobachtungsbericht

«Klient E. und die PSA sind gemeinsam auf dem Skilift und unterhalten sich über die tolle Schlittelbahn, die sie erneut am Skiliftende erwarten wird. E. ist ein Einzelgänger und wird von den anderen Wohngruppen-Bewohnern nicht akzeptiert. Die PSA fragt E., wie es ihm geht und wie er das Klima innerhalb der Wohngruppe empfindet. E. senkt seinen Blick und fixiert den Abgrund unter seinen Füßen. Nach einer Weile des Schweigens sagt E., dass er sich einsam und gemobbt fühlt. Daraufhin bietet die PSA ihm ein Einzelgespräch an, dass auf der Wohngruppe stattfindet, was er jedoch ablehnt. Dann stellt die PSA ihm die Frage, warum er Drogen konsumiert (Marihuana).

Daraufhin sagt E., dass er durch das Kiffen für eine kurze Zeit seine Aussenwelt vergisst und seinen Schmerz damit betäuben kann. Für ihn ist dann der Moment leichter».

Dies kann als stiller Hilfescrei von E. interpretiert werden, der von PSA gehört und richtig verstanden werden sollte. Das Verstehen-Wollen formt hierbei einen wichtigen Ausgangspunkt bei der unterstützenden Betreuungsarbeit. Das «Warum» führt Fachkräfte zum «Darum» und somit zu lösungsorientierten Interventionsmassnahmen. Nach Simchen (2020: 491- 492) sendet der Jugendliche bereits, bevor er zur Droge greift, Warnsignale aus, da hinter jeder Sucht eine Sehnsucht steckt. Eine Sehnsucht nach Liebe, Anerkennung oder Selbstzufriedenheit. Bevor ein Drogenkonsum stattfindet, lassen sich immer wieder die gleichen Abläufe beobachten, die besonders typisch für ADHS sind. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind mit sich und ihrer Umwelt unzufrieden, fühlen sich missverstanden, sind verunsichert und haben keine Freunde bzw. werden ausgegrenzt. Sie fühlen sich mit allem überfordert und möchten der Realität entfliehen, wodurch sich der Konsum von Drogen für sie als passende Lösung ergibt,

ohne zu wissen, was es überhaupt bedeutet. Die Einnahme dient der inneren Konfliktlösung und dem scheinbaren Erleben eines gewünschten Zustandes (vgl. Simchen 2020: 491–492).

2.4.3 Lern- und Teilleistungsstörung

In den letzten Jahren wurde gehäuft festgestellt, dass ca. 70–80 % der Kinder und Jugendlichen mit ADHS Lernprobleme haben (vgl. Neuhaus 2012: 98). Weiter lässt sich erkennen, dass bei den Betroffenen die Lernergebnisse aus der Schule häufig deutlich unterhalb ihres eigentlichen intellektuellen Leistungsvermögens angesiedelt sind, wobei oftmals eine gute bis sehr gute Intelligenz beobachtbar ist (vgl. Simchen 2020: 211–212).

Das selbstständige Erledigen der Hausaufgaben kann als eine Schlüsselsituation angesehen werden, aus der oftmals Konfliktsituationen im Elternhaus oder auch im Heimaltag bzw. auf Wohngruppen resultieren können. Häufig fehlt den Kindern die Selbstmotivation für das Erledigen der schulischen Aufgaben, da sie über kein Zeitgefühl verfügen, in Stunden denken und es ihnen nicht gelingt, sich zu überwinden und anzufangen. Erst durch lange Diskussionsgespräche können sie dazu bewegt werden, mit den Aufgaben zu beginnen, wobei sie ein fortlaufendes Ermahnen einer zweiten Person benötigen, um konzentriert am Arbeitsauftrag dranbleiben zu können und sich nicht von anderen Gegebenheiten ablenken zu lassen (vgl. Simchen 2020: 52–53).

Eine mögliche Strategie, die bereits Erfolge zeigte, ist das Wiederholen von Übungen. Dies verlangt eine gewisse Ausdauer und Geduld seitens der Eltern oder ggf. auch der PSA bei einer alltäglichen Wohngruppensituation, die sich lohnen würden, wie anhand der nachfolgenden Abbildung von Kemmerich (2017: 157) veranschaulicht wird.

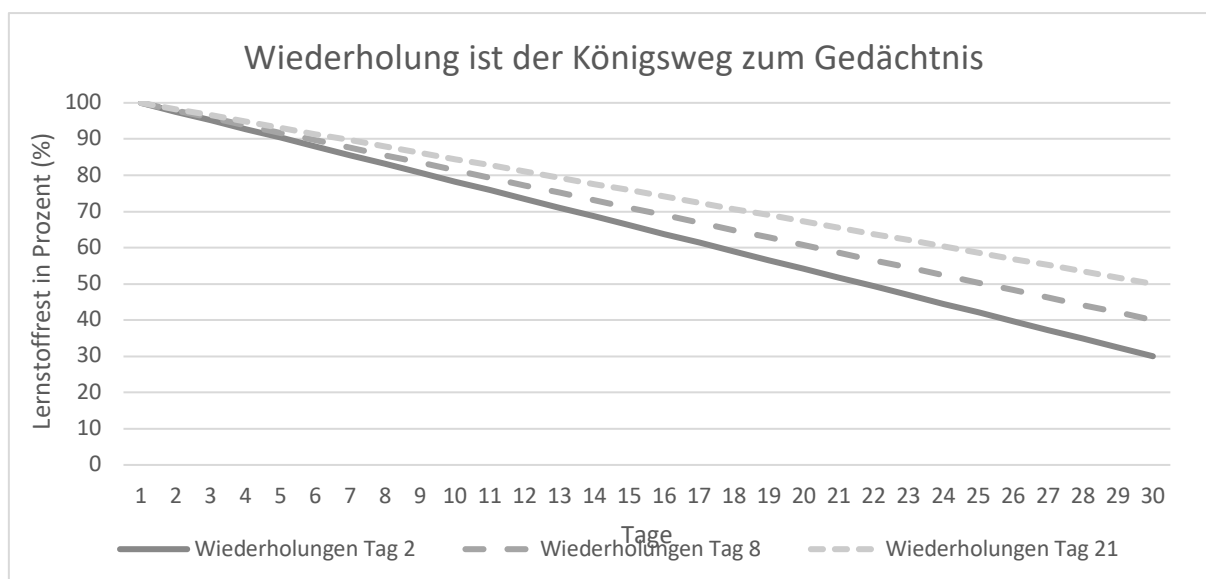


Abbildung 3. Lernstoffrest nach 30 Tagen in % des Ausgangswertes bei Wiederholungen am 2., 8. und 21. Tag (in: Kemmerich 2017: 157)

Die Grafik zeigt den Lernerfolg durch Wiederholung. Somit lässt sich vermuten, dass sich das Gedächtnis durch Wiederholungsübungen trainieren lässt und die Lernfortschritte dadurch gefördert werden können. Insbesondere für betroffenen Kinder sind Lernerfolge sehr wichtig, denn die Defizite im schulischen Bereich führen zu einem kontinuierlichen Abbau ihres Selbstwertgefühls, woraus sich Versagensängste und Selbstwertproblematiken bilden können (vgl. Simchen 2020: 221).

Darum sieht die Verfasserin der Arbeit eine dringende Notwendigkeit, betroffene Kinder mit aufzubringender Geduld bzw. Ausdauer in den schulischen Aufgaben, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einer/eines PSA, zu unterstützen. Konträr dazu lässt sich sagen, dass eine tägliche, längerfristige persönliche Hausaufgabenbetreuung in der Heimerziehung einen immensen Zeitaufwand miteinschliesst und die gegebenen Arbeitskapazitäten einer/eines PSA übersteigen, insbesondere wenn mehrere Kinder mit ADHS auf einer Wohngruppe wohnhaft sind.

Als Teilleistungsstörungen werden Beeinträchtigungen des Lern- und Leistungsverhaltens aufgrund von geschilderten Funktionsstörungen bei grundsätzlich ungehinderter körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit und einer normalen intellektuellen Ausstattung bezeichnet.

Betroffenen Kindern bereitet es Mühe Wörter, die zwar mündlich richtig buchstabiert werden konnten, richtig zu schreiben. Auch Rechtschreibfehler häufen sich gegen Ende eines Diktates bei fast unleserlicher Schrift (vgl. Neuhaus 2012: 98). Neben grammatikalischen Schwachstellen lässt sich auch vermehrt ein Zusammenhang zwischen der ADHS und einer Rechenschwäche beobachten. Nach Simchen (2020: 216-217) lassen sich Schreibschwächen bzw. fehlerfreies Schreiben effektiv erlernen, indem von Beginn an fehlerfrei geschrieben wird. Da betroffene Kinder in den ersten Schuljahren meist das schreiben, was sie hören, werden auch falsch geschriebene Wörter im Langzeitgedächtnis registriert, was im Nachhinein schwieriger zu korrigieren ist (vgl. Simchen 2020: 216–217).

2.4.4 Der soziale Reiferückstand

Die soziale Reife formt einen wichtigen Bestandteil in der Persönlichkeitsstruktur. Sie ist für Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung altersentsprechender Aufgaben von relevanter Bedeutung (vgl. Simchen 2020: 246). Die Tatsache, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS in der sozialen Reife zurückbleiben, wird häufig zu wenig beachtet und sollte zwingend bei der Behandlung von Betroffenen mitberücksichtigt werden. Kinder mit ADHS seelisch zu stabilisieren und ihre schulischen Leistungen zu optimieren, sind nicht die einzigen Ziele einer ADHS-Behandlung. Ebenso auch das Vermitteln eines altersentsprechenden Sozialverhaltens ist Bestandteil einer zielorientierten Therapie (vgl. Simchen 2020: 246). Eltern nehmen in ihrem Erziehungsverhalten einen bedeutenden Einfluss bei der Entwicklung des sozialen

Reiferückstands des Kindes ein, indem beispielsweise ein «Überhüten» des Kindes vermieden werden sollte, um es in seiner Selbstständigkeit nicht zu stoppen und es durch Bewältigen von angepassten Aufgaben die Möglichkeit erhält, Lob, Erfolge und Anerkennung zu erfahren. Überängstliche Eltern verwehren dem Kind, das Gefühl von Selbstvertrauen sowie Stärke und Selbstständigkeit spüren zu können (vgl. Simchen 2020: 247). Anhand folgender Zeichen kann erkannt werden, ob eine soziale Unreife vorliegt. Schulkinder im Alter von 6–8 Jahren weisen einen gewissen Grad an Unselbstständigkeit auf, indem sie sich nicht allein an und ausziehen, sondern sich «bedienen» lassen. Zusätzlich weisen sie einen starken Willen auf, wenn sie etwas durchsetzen möchten und zeigen sich uneinsichtig und kompromisslos. Symptome, die auf eine soziale Unreife bei Schulkindern im Alter von 10–14 Jahren schliessen lassen, sind beispielsweise die Aufmerksamkeit und Zuwendungssuche über körperliche Beschwerden, oder das Vermeiden von Klassenfahrten aufgrund der Furcht von Heimweh (vgl. Simchen 2020: 262–264).

Das Selbstwertgefühl bildet in Zusammenhang mit einer altersentsprechenden sozialen Reife für betroffene Kinder und Jugendliche die Grundbasis, ihre Rechte und Pflichten zu Hause, in der Schule und im sozialen Umfeld richtig zu erkennen sowie sich dort angemessen und konfliktfrei einbringen und angleichen zu können. Eigene Fehler und Kritik können dadurch akzeptiert werden, ohne Versagensängste und Minderwertigkeitsgefühle zu entwickeln. Des Weiteren können eigene Forderungen und Wünsche auf dieser Basis angemessen dargelegt und im Einklang mit den Interessen der Gemeinschaft umgesetzt werden (vgl. Simchen 2020: 258). Hinsichtlich der Heimerziehung ist die offene Kommunikationsweise von Wünschen, insbesondere bei der Sexualerziehung, ein wichtiger Faktor. Fühlt sich das betroffene Kind in seinem Selbstwertgefühl genügend gestärkt, wird der Beziehungsarbeit zwischen einer PSA und dem Kind ermöglicht, Raum für sensibilisierte Themen wie die Sexualität zuzulassen.

2.4.5 Affektive Störungen

Unter affektiven Störungen werden Depressionen, die mit einer Häufigkeit von 10 bis 40 % oder Angststörungen, die mit 20–25 % bei den ADHS-Kindern zu beobachten sind verstanden (vgl. Gawrilow 2012: 34).

Betroffene Kinder begegnen vermehrt Situationen im Alltag, die sie mit einem Angstgefühl verbinden, wie beispielsweise Kommentare von anderen Kindern zu hören, wenn sie etwas nicht sofort verstehen. Versagenserlebnisse können durch vermehrtes Wiederholen von Äusserungssätzen wie: «Wann lernst du es endlich?» oder «wie alt bist du, dass du immer noch nicht weisst, dass?» verstärkt werden. Die ständigen Aufforderungen, sich zu bemühen in Kombination mit der geäusserten Enttäuschung der Eltern und Lehrer/innen und der eigenen Unzufriedenheit über schriftliche Ergebnisse führen dazu, sich nichts mehr zuzutrauen und sich unverstanden zu fühlen (vgl. Neuhaus 2012: 92).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der zu berücksichtigen ist, betrifft die Verlustängste der Kinder mit ADHS. Sie entwickeln intensive Verlustängste, wenn sie beispielsweise miterleben müssen, dass ein Elternteil kurzzeitig oder längerfristig beabsichtigt, sich aufgrund von Streitereien vom Familienleben zu distanzieren. Obwohl ein grosses Harmoniebedürfnis zu verzeichnen ist, gelingt eine entsprechende Umsetzung dieses Ideals in Familien mit ADHS oftmals nicht, wobei sich die betroffenen Kinder häufig die Schuld darangeben, wenn eine Ehe bzw. das Familienleben zerbricht (vgl. Neuhaus 2012: 94). Daraus lässt sich schliessen, dass Eltern im Leben eines Kindes mit ADHS eine tragende bzw. prägende Funktion in Bezug auf die Verstärkung oder Minderung der Ausprägungen des Störungsbildes einnehmen. Bei Kindern mit ADHS ist die Erfolgsquote hoch, die Ängste erfolgreich angehen zu können, sofern diese zu einem frühen Zeitpunkt als Folge des ADHS festgestellt und ihm Rahmen einer Verhaltenstherapie und eines häuslichen Trainingsprogramms mit fachärztlicher Betreuung behandelt werden. Die Stärkung eines positiven Selbstwertgefühls kann als ausschlaggebender Aspekt für einen erfolgreichen Therapieverlauf angesehen werden.

Laut Statistik ist bei 10–20 % der Kinder mit ADHS eine Depression verschiedener Schwere und Dauer feststellbar (vgl. Simchen 2020: 510). Depressive Kinder wirken häufig energielos, unzufrieden und hoffnungslos und haben mit einer Antriebs- und Interesselosigkeit zu kämpfen (vgl. Simchen 2020: 507). Des Weiteren entwickeln Menschen mit ADHS häufig eine agierte, reaktive, lavierte Depressivität, was bedeutet, dass in einer anderen Situation an einem anderen Ort oder bei Anwesenheit einer anderen Person, diese Verstimmtheit komplett verschwinden kann. Sobald jedoch der negativ vertraute Kontext wieder präsent ist, kann die ursprüngliche Stimmung unweigerlich wiedereinsetzen (vgl. Neuhaus 2012: 96).

3 Stationäre Heimerziehung und ADHS

Unter einer stationären Erziehungshilfe für Kinder und Jugendliche wird unter anderem die Heimerziehung verstanden. Es lässt sich sagen, dass aus einem allgemeinen Betrachtungswinkel das Heim die Aufgabe verfolgt, als hoffnungsvoller Lebensort vergangene meist ungünstige Lebenserfahrungen helfend aufzuarbeiten, positive Entwicklungsbedingungen zu schaffen, Ressourcen zu erkennen und auf ihnen aufzubauen. Ergänzend dazu wird der Anspruch gestellt, einen Menschen als ganzheitliches Individuum anzunehmen und wertschätzend eine vorläufige oder auf längere Zeit etablierte Beheimatung zu unterstützen und die Entstehung innovativen Lebensperspektiven zu gewährleisten (vgl. Günder 2015: 15). Die Verfasserin der Arbeit absolvierte das Vorpraktikum in einem Schulheim und das erste Praktikum in einem Schulinternat. Die Arbeitserfahrung im Praxisfeld erlaubte ihr, einen Blick auf die strukturellen Tagesabläufe, erzieherischen Methoden und die Leistungsangebote innerhalb des Heimalltags zu werfen. In diesem Kontext wurde der Verfasserin eine aktive Partizipation bei der Begleitungs- und Betreuungsarbeit von Kindern mit ADHS innerhalb ihrer täglichen Alltagsgestaltung ermöglicht. Aus diesem Grund wird in dieser vorgelegten Arbeit der Fokus auf die Kinder und Jugendhilfeeinrichtung eines Schulheims bzw. der Heimerziehung gerichtet.

3.1 Hilfe im Zwangskontext Heim

Für die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen und auch den Eltern, wird die Heimerziehung mit einem beengenden Gefühl assoziiert, denn der mit ihr verbundene Ruf ist mehrheitlich negativ zu bewerten, da durch sie eine immerhin vorübergehende Separierung von der Herkunftsfamilie ausgelöst wird. Eine Heimeinweisung erfolgt grundsätzlich durch Ämter, wie z.B. das Familiengericht, dem Jugendamt in Deutschland oder die KESB (Kindes und Erwachsenenschutzbehörde) in der Schweiz. Dies geschieht nicht immer einvernehmlich, wodurch eine Platzierung in einem Heim, unter Zwang entsteht. Diese Grundstimmung kann sich kontraproduktiv bei einem Erstkontakt mit den Bezugspersonen, d.h. den PSA auswirken.

Der Grund dafür liegt darin, dass in den meisten Fällen dem Zwang zur Hilfe ein Konflikt über das Akzeptieren von Hilfe vorausgeht, worin nebst Ärzten und Ärztinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen auch Professionelle der Sozialen Arbeit miteingebunden sein können. Der/Die Klient/in bewertet die ihm angebotene Hilfe als unnötig und sinnlos, und fühlt sich in seiner Autonomie bzw. Selbstdefinition bedroht (vgl. Schwabe 2008: 29). Dem gelegten Grundstein einer Zusammenarbeit zwischen einer/einem Professionellen der Sozialen Arbeit und des Klienten oder der Klientin, der sich dem Hilfeprozess auf Anordnung von Zwang fügen muss, liegt ein kompliziertes Machtgefälle zugrunde (vgl. Schwabe 2008: 30). Anhand des initialen Zwangs wird der gesamte Hilfeprozess überschattet.

Aufgrund des subjektiven Erlebens, denn auch wenn die/der PSA nicht die offizielle Initiant/in selbst war, wird ein Teil des Unmutes des Klienten oder der Klientin gegenüber diesen Personen bzw. den Instanzen auf die PSA zurück projiziert. Des Weiteren ist der/die Helfer/in, hier die/der PSA, dem Klienten oder der Klientin zugewiesen worden, infolgedessen er immer wieder an die Ermahnungen erinnert wird, die mit einer Verweigerung der Hilfe verbunden war und somit auch an das eigene Ohnmachtsgefühl gegenüber der zwingenden Macht der Instanzen (vgl. Schwabe 2008: 31). Mit diesem von Schwabe gut beschriebenen Machtgefälle hat auch die Verfasserin dieser Arbeit innerhalb ihrer Praxiszeit ihre Erfahrungen. Neueintritte von Klienten oder Klientinnen auf stationären Wohngruppen zeichneten sich häufig durch anfängliches Misstrauen gegenüber den Fachkräften und einer allgemeinen Frustrationsstimmung, die sich in einem grundlosen, gereizten Verhalten äusserten, aus. Die Eintrittsstimmung bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS-Erkrankung, kann die bereits angespannte Grundstimmung, aufgrund von Verhaltensmerkmalen wie Frustrationsintoleranz oder einer verminderten, emotionalen Steuerung zusätzlich verkomplizieren. An diesem Punkt bildet das professionelle Handeln eines/r PSA eine elementare Voraussetzung, adäquat agieren zu können.

Dieses Agieren kann, gestützt auf den Beobachtungsberichten der Verfasserin, beim erzieherischen Umgang von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Heimalltag als fordernde Aufgabe angesehen werden. Typische Schlüsselmomente, in denen betroffene Kinder im Heimalltag ein auffälliges Verhalten aufweisen, sind beispielsweise Gruppenaktivitäten mit anderen Kindern. Es fällt ihnen schwer, ihre Aufmerksamkeit längerfristig für eine bestimmte Beschäftigung aufrechtzuerhalten. Dadurch werden andere Kinder abgelenkt und eine gemeinsame Aktivität kann nicht mehr stattfinden. Ein weiterer Schlüsselmoment, ist die Esssituation, da die betroffenen Kinder Mühe haben, einer Konversation zu folgen und sich schnell von äusseren Reizen, bzw. Nebengeräuschen wie beispielsweise das Summen eines anderen Kindes ablenken lassen. Bereits einfache strukturelle Regelvorschriften, wie das Zimmer-Ämtli zu erledigen, kann zu Diskussionen zwischen einer/eines PSA und dem Kind führen, da das Empfinden für Ordnung für das Kind mit ADHS sich von einem Kind ohne ADHS stark unterscheidet. Im Folgenden wird zuerst die vorausgesetzte Kompetenzfähigkeit einer/eines PSA im Berufsfeld einer stationären Erziehungshilfeeinrichtung näher betrachtet. Im Anschluss wird ein Blick auf die Erwartungen der Heimerziehung und die dabei bewährten Heimmethoden geworfen.

3.2 Eine Betrachtung der vorausgesetzten Kompetenzfähigkeit einer/eines PSA im Berufsfeld einer stationären Erziehungshilfeeinrichtung

«Professionelle Sozialer Arbeit sind insbesondere SpezialistInnen für soziale Beziehungen. Es ist daher unerlässlich, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mindestens über folgende Kernkompetenzen verfügen: Situationen und Prozesse von Individuen, Gruppen und gesellschaftlichen Systemen systematisch analysieren und beurteilen zu können, [...]» (AvenirSocial Soziale Arbeit Schweiz o.J.)

Das Zitat von Avenir Social spricht die Fähigkeit einer reflexiven Auseinandersetzung mit Prozessen und Situationen an, worin Menschen individuell daran beteiligt sind. Dieser Fähigkeit geht die Voraussetzung des professionellen Arbeitens voraus. Um nachvollziehen zu können, welche Bedeutung dieser Anspruch für eine/einen PSA hat, sollte vorgängig der Begriff Professionalität definiert werden. Dazu wird die Definition von Gintzel (2007: 182) hinzugezogen. Für ihn findet Professionalität auf drei Hauptebenen statt. Der bereits angesprochenen fachspezifischen Wissensebene, der Ebene der Fähigkeit, dieses auch praktisch anwenden zu können und der Ebene der persönlichen Haltung (vgl. Gintzel 2007: 182). Es kann davon ausgegangen werden, dass die persönliche Haltung einer/eines PSA in Abhängigkeit zu der Kompetenzfähigkeit der eigenen Selbstreflektion steht. Dies lässt die Vermutung zu, dass umso höher sich ein Selbstreflektionsverständnis einer/eines PSA erkennen lässt, umso bewusster kann die persönliche Haltung vertreten werden. In Bezug auf die Heimerziehung lässt sich die hypothetische Aussage aufstellen, dass diese in ihrer Qualität abhängig von der Rolle der Haltung und Identität der in ihr arbeitenden Erzieher/innen ist. Die daraus entstehende Frage könnte lauten, welche Eigenschaften bzw. welche Kompetenzfähigkeit Fachkräfte der Heimerziehung idealerweise mitbringen, um dem fordernden Heimalltag adäquat begegnen zu können (vgl. Günder 2015: 101).

In einer Untersuchung von 1974, bei der Lehrkräfte von Fachschulen für Sozialpädagogik nach wünschenswerten Eigenschaften von Erzieher/innen befragt wurden, waren unter anderem Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit oder Problembewusstsein, Eigenschaften, die als essenziell zu werten sind (vgl. Derschau 1974: 103). Eine andere Gewichtung von wichtigen Erziehungsmerkmalen lassen sich bei Bollnow (1979: 32) finden, der die Geduld, bzw. die Kunst des Abwarten-Könnens als eine wichtige Tugend des Erziehers oder der Erzieherin ansieht. Für ihn/sie ist das Abwarten nicht nur bezogen auf das Sich-Entwickeln von Fähigkeiten der Kinder, sondern auch Geduld haben mit ihren Schwächen, ihren Unarten und Bosheiten und Geduld haben, vor allem wenn sie immer wieder rückfällig werden, auch wenn sie mit ehrlichem Herzen Besserung versprochen haben (vgl. Bollnow 1979: 32).

Der Appell von Bollnow, dass sich Fachkräfte insbesondere dann in Geduld üben sollen, wenn der/die Klient/in trotz ehrlichem Versprechen, gewisse Verhaltensweisen nicht fähig ist zu ändern oder steuern, kann als ein zentraler Punkt in der Betreuungsarbeit bei Kindern mit ADHS angesehen werden. Ein Abgrenzen von dominanten Charakteren innerhalb einer Peergruppe, fällt betroffenen Kindern schwer, sodass sie «das Dazugehören», dem daraus resultierenden Rückschritt in ihrem aktuellen Entwicklungsfortschritt priorisieren. Im nachfolgenden Beobachtungsbericht werden die Ausführungen veranschaulicht.

Beobachtungsbericht

«Klientin S. hat bei einem Bezugspersonengespräch gemeinsam mit der PSA ihre zwei Förderziele besprochen und in ihrem persönlichen Notizbuch notiert. Ein Förderziel sagt aus, dass S., sich bei Konfliktsituationen abgrenzen kann und sich nicht von der negativen Stimmung anstecken lässt. Es gelingt S. sich von dem Konflikt abzuwenden und sich wieder ihrer aktuellen Aktivität zu widmen. Im späteren Verlauf des Tages kommt es zu einer Konfliktsituation auf der Wohngruppe, bei der 4 Klienten und zwei PSA beteiligt sind. S. stösst zu dem Konfliktmoment hinzu und beobachtet die Diskussion von einer Distanz aus. Ein paar Minuten später ist S. in den Konflikt miteingestiegen und beschimpft und beleidigt die zwei PSA. Der Konflikt lässt sich am nächsten Tag aufarbeiten und S. entschuldigt sich bei den PSA für ihr Verhalten. Die PSA teilen S. mit, dass sie es bedauerten, dass es ihr nicht gelang, sich abzugrenzen, worauf S. verständnisvoll nickte und versprach, es beim nächsten Mal erneut zu versuchen».

Das Verhalten von S. könnte als Rückfall in ein altes Verhaltensmuster gewertet werden, dass Klient S. in ihrem persönlichen Entwicklungsfortschritt zurückwirft. Am Prozess, das alte Verhaltensmuster abzulegen und auf ein förderliches Abgrenzen hinzuarbeiten, waren bzw. sind die Fachkräfte massgeblich beteiligt. Das vorübergehende «Scheitern» des erarbeitenden Zielles könnte ein Frustrationsgefühl bei der/dem PSA auslösen. Nebst dem gescheiterten Entwicklungsschritt wurde in dem Beobachtungsbericht auch Beschimpfungen angesprochen, die gegen die/den PSA gerichtet waren, die wiederum die emotionale Abgrenzung der/des PSA auf den Prüfstand stellten. Die beschriebenen, vorübergehenden Rückschritte im Entwicklungsprozess des betroffenen Kindes, sowie dem aggressiven Verhalten lässt sich in der Fachliteratur ein möglicher Betrachtungsaspekt finden, der dabei hilft, ein emotionales Abgrenzen für PSA förderlich beeinflussen zu können. Dieser wird im Folgenden kurz ausgeführt. Aufgrund von seelischer Belastung weisen Kinder und Jugendliche mit ADHS unterschiedliche Formen von Ausdrucksweisen auf. Eine Form davon ist Aggressivität verbunden mit Wutanfällen, die sich als psychomotorische Entlastung bei erhöhter, emotionaler Erregung ergeben (vgl. Simchen 2020: 271–272). Im oben beschriebenen Beobachtungsbericht resultiert das Verhalten von S. erst beim Einmischen in einen bereits laufenden Prozess. Ein möglicher Interpretationsversuch dieser Konfliktsituation könnte sein, dass S. sich gleichzeitig bewusst ist, dass sie in ihrem persönlichen Entwicklungsziel zurückfällt, was eine innerliche Enttäuschung zur Folge hat und sie anhand von verbalen Beleidigungen bzw. Aggressivität, die sie gegen

sich selbst verspürt, nach aussen hingerichtet austrägt. Nach Trieschmann (1977: 190 ff.) weiss man aus der heilpädagogischen und therapeutischen Sichtweise, dass «während der Phase eines Wutanfalls, verbale Verletzungen und Beschimpfungen häufig den verzweifelten Versuch eines momentan haltlosen Egos darstellen, das eigene nicht mehr integrierte Ich doch noch zu retten und dass grosse Unsicherheits- und Angstzustände den Anfall auslösten und nun weiterhin begleiten» (Trieschmann 1977: 190 ff., zit. nach Günder 2015: 180). Die Berücksichtigung solcher theoretischen Begründungen bzw. deren Verinnerlichung während der Beschimpfungsphase könnte den Raum der emotionalen Angriffsfläche einer/einem PSA dabei helfen, auf eine neutrale, rationale Weise Agieren zu können, sodass spätere pädagogische Prozesse nicht behindert werden (vgl. Günder 2015: 180).

So gesehen kann eine gewisse Stabilität des eigenen Reflektionsverständnisses einer/eines PSA ausschlaggebend für ihre/seine professionelle Vorgehensweise bzw. ihrem/seinem Verständnis der emotionalen Abgrenzung in Konfliktsituationen bei Kindern mit ADHS angesehen werden. Diese Annahme wird durch den Erziehungsansatz von Moor bestärkt, der aussagt, «dass Kinder nur angemessenen Halt finden können in Erwachsenen, die selbst inneren Halt besitzen. Erwachsene, die reife Persönlichkeiten sind, stark genug, um Schwäche eines Kindes auszuhalten, Fehlentwicklungen entgegenzuhalten und Vertrauen und Freude zu erhalten» (Moor 1965 zit. nach Stiehler 2007: 96).

3.3 Methoden in der Heimerziehung

Eine Umfrage, die in 25 Institutionen in Form von Interviews durchgeführt wurde, hatte zum Ziel herauszufinden, welche Methoden in Institutionen der stationären Erziehungshilfe aktuell überwiegend praktiziert werden. Die Befragten setzten sich aus jeweils einer leitenden Fachkraft und einem/einer gruppenpädagogischen Mitarbeiter/in zusammen. Die Ergebnisse basieren auf insgesamt 22 Interviews mit leitenden Fachkräften und 26 mit gruppenpädagogischen Mitarbeiter(innen), gesamthaft 48 Interviews. Als Einstieg wurden die Interviewpartner/innen nach den drei für sie wichtigsten Methoden, die in ihrer Einrichtung dominieren, befragt. Die von allen Beteiligten überwiegend genannte Methode ist die Strukturierung des Alltags (vgl. Günder 2015: 192–193). Kindern wird anhand strukturierender Massnahmen ein Gerüst für ihr Handeln ermöglicht. Insbesondere für Kinder mit ADHS, die erhebliche Schwierigkeiten in der Selbstregulation, das heisst die bewusste Kontrolle der eigenen Emotionen, Gedanken und Handlungen zu haben, stellen strukturelle Massnahmen eine grosse Relevanz dar (vgl. Gawrilow 2012: 141). Hierzu wird ein kurzer Beobachtungsbericht der Verfasserin der Arbeit wiedergegeben.

Beobachtungsbericht

«Klient S. geht mit der PSA in ein Einkaufszentrum. S. benötigt dringend einen Sport-BH und hat sich bisher immer dagegen gewehrt, diesen Auftrag umzusetzen, da sie sich nicht getraut hat und zusätzlich nicht wohlgeföhlt hat Dessous anzuprobieren. Die PSA bespricht mit S. vorab die geplante Einkaufstour. Beim Betreten des Zentrums, weiss S., welches Geschäft als erstes besucht wird. S. steuert auf den Hosen-Tisch zu und anschliessend zum T-Shirt Ecken. Die PSA lässt S. ihren Freiraum beim «Auskunden». Nach 10 Minuten erinnert sie S. daran, was der Auftrag in dem Geschäft ist: Einen Sport-BH zu finden. Daraufhin sucht sich S. 3 Modelle aus, die sie dann kauft. Im Anschluss daran rennt S. aus dem Geschäft und steuert auf ein weiteres Modegeschäft zu. Die PSA geht auf S. zu und erinnert sie daran, dass sie nun als Nächstes das Lebensmittelgeschäft auf ihrer Liste haben, um für das gemeinsame Abendessen einzukaufen. S. hat gemeinsam mit der PSA eine Einkaufsliste erstellt und arbeitet diese im Lebensmittelgeschäft Schritt für Schritt ab. Der gemeinsame Einkauf verläuft reibungslos und S. ist stolz auf ihren Einkauf».

Die PSA versuchte S. ihren Freiraum zu gewähren, aber zugleich auch eine gewisse Bestimmtheit anhand einer strukturellen Vorgabe zu platzieren, sodass S. sich nicht zu eingeschränkt föhlt, aber trotz allem «an die Hand genommen wird». Dadurch gelang es S. sich auf ihr Hauptziel zu fokussieren und vergass die damit verbundenen, negativ behafteten Geföhle. An zweiter Stelle, der am häufigsten genannten Methoden, wird von den Befragten die Beziehungsarbeit genannt, die direkt abgelöst wird von der Verhaltenstherapie beziehungsweise dem Verhaltenstraining, wie beispielsweise die Kognitive Verhaltenstherapie, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird. An vierter Stelle ist die Einzelfallorientierung angesiedelt, worauf direkt die systemische Eltern- und Familienarbeit bzw. die Familientherapie folgt (vgl. Günder 2012: 193). Eine weitere methodische Vorgehensweise, die die Verfasserin der Arbeit während ihrer Praxiszeit als relevanten Aspekt angesehen hat, ist eine einheitliche und transparente Erziehungshaltung innerhalb des Teams. Das heisst, wenn eine Arbeitskollegin oder ein Arbeitskollege mit einem Klienten oder einer Klientin eine Vereinbarung ausgemacht hat und diese Information mit der im Dienst befindende/n PSA nicht geteilt hat, agiert diese in gewohnter Weise mit dem Klienten oder der Klientin. Dies kann zu einer Unsicherheit seitens des Klienten oder der Klientin bis hin zu einer möglichen Konfliktsituation föhren, da dem Klienten eine einheitliche Vorgabe der Aufgabenumsetzung fehlt und dadurch Raum für Diskussionen geschaffen wird. Der/die Klient/in beharrt auf dem Recht, es wie besprochen auszuföhren. Da die/der PSA nicht über diese Abmachung in Kenntnis gesetzt wurde, wird ihre/seine Autorität untergraben. Günder (2015: 203) verdeutlicht diese Beobachtungen anhand der Aussage, dass «besonders, gravierende Störeffekte, innerhalb des pädagogischen Förderbereichs bei Kindern dann auftreten können, wenn unterschiedliche, pädagogische Handlungsabläufe sich gegenseitig behindern und bereits erreichte Erziehungserfolge wieder zunichtemachen werden». Durch einen transparenten Umgang der erarbeiteten Erziehungsziele und die sich stellenden Erziehungsaufgaben, kann das Entstehen solcher Schwierig-

keiten massgeblich verhindert werden (vgl. Günder 2015: 203). Ein weiterer Aspekt, der zwar nicht als Methodenverfahren der Heimerziehung bezeichnet werden kann, sich jedoch als mögliche Überlegung in den Heimaltag miteinbauen liesse, betrifft die fünf Elementen der Unterrichtsgestaltung von Cruickshank (1981: 107 ff.). In der «Reduzierung der Umweltreize» geht es darum, dass die unterrichtliche Umgebung dementsprechend zu gestalten ist, dass möglichst wenig Anhaltspunkte für Ablenkung für die betroffenen Kinder wahrnehmbar sind und viel Struktur ausgeht (vgl. Cruickshank 1981: 107 ff.). Diese «reizarme» Ausgestaltung eines Raumes, könnte beispielsweise einem Team-Büro auf der Wohngruppe zugutekommen. Eine bewusste Reduzierung der Umweltreize, wie beispielsweise keine persönlichen Gegenstände von PSA auf dem Bürotisch zu platzieren, oder eine tickende Wanduhr könnte die Konzentrationsspanne eines betroffenen Kindes während eines Gesprächs erhöhen. Dem entgegen kann jedoch nicht erwartet werden, dass PSA sich in ihrem persönlichen Arbeitsfeld zu stark einschränken müssen, da das eigene Wohlbefinden einen wichtigen Stellenwert einnimmt.

4 Handlungsempfehlungen bei Kindern mit ADHS

Wie aus den vorherigen Kapiteln zu entnehmen ist, steht fest, dass ein gelingender Entwicklungsprozess bei einem betroffenen Kind mit ADHS viele, einzelne Puzzleteile umschliesst. Das Puzzleteil, dem am meisten Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, ist das zu betreuende Kind als Individuum zu sehen und es in seiner Besonderheit vollumfänglich ernst zu nehmen. Der Einstieg in das nächste Kapitel wird durch ein Zitat von Hartmann eingeleitet: «Kreativität, hohe Chaos-Toleranz, Kraft, Mut, ständiges Neu- und Umdenken und eine hohe emotionale Intelligenz sind nur einige der aussergewöhnlichen Fähigkeiten dieser oft ausgesonderten Kinder und Erwachsenen» (Hartmann 2009: o.S., zit. nach Simchen 2020: 145). Wie das Zitat andeutet, wird zuerst eine Ausführung der Stärken und Ressourcen von Kindern mit ADHS diskutiert und kritisch beleuchtet. Im Anschluss daran folgt eine allgemeine kurze Ausführung der Kognitiven Verhaltenstherapie. Daraus resultierend werden mögliche Therapieansätze, welche die KVT im Umgang mit Kindern, die an ADHS leiden, betrachtet. Dies wird von den drei Variablen des nichtdirektiven Ansatzes der Beratung nach Rogers für eine professionelle Haltung im erzieherischen Kontext abgelöst. Der Abschluss des Kapitels formt eine resümierte Ausführung von ressourcenorientierten Handlungsempfehlungen für PSA bei Kindern mit ADHS und endet mit der Schlussdiskussion.

4.1 Ressourcen und Stärken bei Kindern mit ADHS

«AD(H)S hat viele gute Seiten, man muss nur die Hierarchie der Besonderheiten erkennen, sie nicht bekämpfen, sondern sich ihrer bedienen, um seine Persönlichkeit voll entfalten zu können.» (Simchen 2020: 19–20).

Wie das Zitat von Simchen unterstreicht, ist es eine Frage der Betrachtung, inwiefern ADHS als Chance genutzt bzw. sich auf die vielfältigen Vorzüge besonnen wird, anstatt sie zu überschatten. Eine unbehandelte ADHS führt zu einer inneren Verunsicherung der Betroffenen, verbunden mit psychischer Instabilität und einem verminderten Selbstwertgefühl. Letzteres ist ausschlaggebend dafür, wie ein betroffenes Kind seine weiteren Lebensbereiche bewältigen wird, da es sich in dem Zeitraum vom achten bis elften Lebensjahr entwickelt. Aus diesem Grund ist die Frühdiagnostik und Frühbehandlung der ADHS von grosser Relevanz (vgl. Simchen 2020: 22–23). Nebst einer frühzeitigen Behandlung ist die Betrachtungsweise ein bedeutender Ausgangspunkt dafür, wie betroffene Kinder mit ihrer ADHS umgehen. Um erreichen zu können, dass betroffene Kinder die positiven Fähigkeiten der ADHS erkennen können ist es wichtig, dass das eigene Selbstbewusstsein nicht massgeblich gelitten hat. Wie in den Ausführungen in Kapitel 2.3 hervorgeht, werden betroffene Kinder jedoch häufig auf ihre Schwachstellen bzw. Defizite hingewiesen, wodurch sie mit Kritik mehr Erfahrung gemacht haben als Lob. Solange das Augenmerk auf die Baustellen des Kindes gerichtet ist, definiert es sich ausschliesslich

darüber, wodurch sein Selbstwertgefühl leidet. Hierbei ist der Anspruch naheliegend, insbesondere für PSA, Kinder frühzeitig in ihrem Selbstwert zu stärken, damit eine Hervorhebung bzw. Nutzung der Stärken und Ressourcen ermöglicht werden kann.

Eine Verbesserung des Selbstwertes kann durch das Lernen zu akzeptieren, dass gewisse Probleme unlösbar sind sowie sich den eigenen Grenzen bewusst sein, erreicht werden. Des Weiteren kann durch ein Registrieren der eigenen Fehlerwahrnehmung und das Geschehene objektiv bewerten zu können sowie negative Gedanken keinen Raum zu lassen, sondern direkt bei positiven Gedanken anzusetzen, eine Optimierung des Selbstwertes erzielt werden (vgl. Simchen 2015: 74). Weist das Selbstwertgefühl eine gewisse Stabilität auf, kann eine Hervorhebung der vorhandenen Ressourcen und Stärken der betroffenen Kinder realisiert werden.

Dementgegen ist ein objektives Wahrnehmen einer laufenden Situation für ein Kind mit ADHS eine grosse Herausforderung. Aufgrund der Reizüberflutung wird eine Situation, aus der Sicht des betroffenen Kindes, meist von einer impulsiven und emotionalen Haltung aus bewertet. Genauso verhält es sich mit dem Bewusstsein der eigenen Grenze. Kinder mit ADHS werden fortlaufend mit ihren begrenzten Fähigkeiten konfrontiert. Dabei einen passenden Mittelwert zu finden, dem Kind zwar seine eigenen Grenzen aufzuzeigen und diese gleichzeitig nicht als «Begrenzung» des bereits geschwächten Potenzials seiner Fähigkeiten zu vermitteln, könnte als anspruchsvolle Aufgabe angesehen werden.

ADHS zu haben kann auch bedeuten, eine grosse Vielfalt an positiven Fähigkeiten zu besitzen. Bei Menschen mit ADHS wurde ein ausgeprägter Sinn für Fantasie sowie ein hohes Kreativitätsverständnis beobachtet (vgl. Simchen 2015: 15). Letzteres wurde bei einer empirischen Untersuchung von Brandau et al. (2007) beschrieben, bei der ein positiver Zusammenhang zwischen Impulsivität und Kreativität bei Jungen zwischen sechs und zehn Jahren registriert wurde (Brandau et al. 2007, zit. nach Abelein/Stein 2017: 81). Aus diesen Eigenschaften könnte durch ein schöpferisches Ausleben ein gewinnender Gebrauch resultieren. Die Voraussetzung dafür ist, sich dessen bewusst zu sein. Als ein weiteres positives Merkmal könnte der flexible Verstand von Menschen mit ADHS angesehen werden, der sich in Form von einer multidimensionalen Denkweise und einem bildhaften Vorstellungsvermögen äussern kann. Ein visuelles Gedächtnisverständnis fördert das Auswendiglernen in kurzen Zeitspannen.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass betroffene Menschen vermehrt einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn pflegen und sich durch ein hohes soziales Engagement auszeichnen, sodass eine Mehrheit von ihnen in sogenannten Helferberufen arbeiten. Ist die berufliche Wahl des Arbeitssektors final getroffen worden, ist die Wissbegierde und der Arbeitseinsatz der betroffenen Menschen grenzenlos, jedoch wird eine konkrete Zielsetzung, feste Strukturen sowie ein soziales Umfeld, welches sie in ihrer Entwicklung nicht hemmen, als notwendig angesehen. Als

abschliessenden Punkt der Ausführungen der positiven Fähigkeiten bei Menschen mit ADHS soll die Bewegungsfreiheit erwähnt werden (vgl. Simchen 2020:146–148).

Insbesondere Kinder mit ADHS weisen im Vergleich zu der defizitären Feinmotorik, eine Begabung in der Grobmotorik sowie ein sportliches fit sein auf. Körperliche Fitness und Sportlichkeit können somit als Stärke von ADHS-Kindern bestimmt werden. Zusätzlich ist, basierend auf Erfahrungsberichten von Menschen mit ADHS, nach intensiven körperlichen Aktivitäten wie beispielsweise Joggen, eine bessere Konzentrationsfähigkeit und Selbstregulation erkennbar (vgl. Gawrilow 2012: 146). Diese Aussage wird durch die Untersuchungen von Smith et al. (2011) untermalt, die positive Effekte durch ein tägliches Bewegungsprogramm, an dem Kinder mit ADHS vor dem Schulunterricht teilnahmen, ausgewertet haben. Die betroffenen Kinder absolvierten etwa 26 Minuten ein moderat bis stark belastendes Sportprogramm, bei dem sich nach 8 Wochen bereits Verbesserungen aller ADHS-Symptome zeigten (Smith et al. 2011 zit. nach Gawrilow 2012: 147). Diese Ausführungen korrelieren mit der Beobachtung der Verfasserin der Arbeit, die innerhalb ihrer Praktikumszeit diese Bewegungsfreiheit bei einer Klientin miterleben konnte. Die Klientin war sich ihres impulsiven Verhaltens bewusst, wodurch es ihr zeitweise möglich war, sich selbst regulieren zu können. Das heisst, sobald Klientin F. bemerkte, dass ihr eine Situation zu viel wurde und sie ihre impulsiven Ausbrüche nicht mehr steuern konnte, verliess sie die Wohngruppe und widmete sich einer sportlichen Aktivität bzw. dem Sprinten auf dem Sportplatz. Dieses Wissen von Klientin F. über ihre Ressourcenquelle, ermöglicht ihr nicht nur eine eigene Regulation ihrer Emotionen, sondern bestärkte sie auch darin, mit ihrem Anderssein umgehen bzw. die Diagnose ADHS positiv für sich nutzen zu können. Dementgegen sollte bei der Förderung des Selbstwertes bzw. Selbstkonzeptes berücksichtigt werden, dass für einen umfänglichen Selbstentwicklungsprozess eine selbstkritische Selbstwahrnehmung genauso von Bedeutung ist. Würde man dem betroffenen Kind ausschliesslich die positiven Seiten an sich selbst aufzeigen, könnte der Entwicklungsprozess resignieren. Ein Selbstkonzept profitiert erst von einer Dynamik durch eine Wechselwirkung zwischen dem «Aktual»-Selbst das heisst, wie ich mich selbst sehe und dem «Ideal»-Selbst das heisst, wie ich sein möchte (vgl. Schütz 2005: 2, zit. nach Abelein/Stein 2017: 372).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Vielfalt positiver Fähigkeiten bei Menschen bzw. Kindern mit ADHS als auszeichnendes und gewinnendes «Merkmal» bzw. Bestandteil von ADHS tendenziell zu wenig Beachtung geschenkt wird. Dadurch lassen sich Überlegungen anstellen, die an eine bewusste Gewichtung der positiven Verhaltensweisen bei Kindern mit ADHS appellieren und dabei die Berücksichtigung der problematischen Verhaltensweisen nicht ausser Acht lassen. Diese Bewusstmachung kann als Aufgabe für das soziale Umfeld bzw. der Eltern sowie für die Autoritätspersonen angesehen werden, wonach sich empfehlen lässt, die Umgangsweise bzw. jeweiligen Handlungsansätze auszurichten.

4.2 Die Kognitive Verhaltenstherapie

Unter Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) werden psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die fehlangepasstes Verhalten und psychischen negativen Stress vermindern sollen, indem sie kognitive Prozesse verändern (Kaplan et al. 1995, zit. nach Stallard 2015: 7). Die KVT geht von der Vermutung aus, dass das menschliche Verhalten und die Affekte in hohem Masse durch Kognition erzeugt werden, woraus die Annahme resultiert, dass verhaltensorientierte und kognitive Interventionen unser Fühlen, Denken und Verhalten beeinflussen können (Kendall 1991, zit. nach Stallard 2015: 7). Die Vorgehensweise gestaltete sich in Form eines Therapeuten oder einer Therapeutin, der gemeinsam mit dem betroffenen Kind, sowie mit den Eltern die kognitiven und die auf der Verhaltensebene angesiedelten Probleme ermittelt und dabei neue Verhaltensziele erarbeitet (vgl. Schlarb 2012: 15). Die therapeutische Vorgehensweise wird anhand einer Abbildung von Schlarb veranschaulicht.

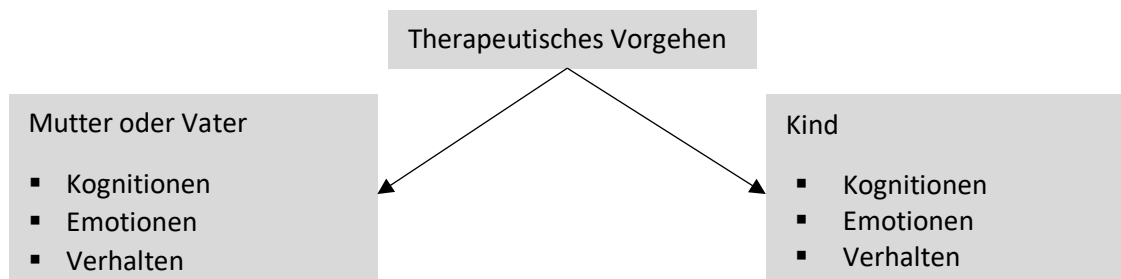


Abbildung 4: Therapeutische Vorgehensweise bei Grundschulkindern (in: Schlarb 2015: 15)

Nebst den charakteristischen Merkmalen der KVT, die sich beispielsweise durch ihre kollaborative Natur, d.h. partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem betroffenen Kind, dass aktiv am Behandlungsprozess beteiligt ist, sowie durch das Erlernen von alternativen Denk- und Verhaltensmustern auszeichnet und bei denen versucht wird, diese in den Alltag zu integrieren, wird das Ziel verfolgt, das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein durch die Aneignung besser angepasster behavioraler und kognitiver Anwendungsstrategien zu optimieren und die Selbstkontrolle zu fördern. (vgl. Stallard 2015: 26–31).

4.2.1 MTA-Studie

Nachdem in Kapitel 4.2 ein allgemeiner Einstieg in die KVT formuliert wurde, folgt ein konkreter Bezug zu dem therapeutischen Vorgehen bei Kindern mit ADHS bzw. welche Therapieansätze für betroffene Kinder als geeignet diskutiert werden können. In der MTA (Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) einer grossen Therapievergleichsstudie zu Behandlungsmöglichkeiten bei ADHS, die von dem NIMH (National Institute of Mental Health) in den USA in Auftrag gegeben wurde, untersuchte man gesamthaft 579 Kinder, innerhalb der Altersklasse von sieben und 9,9 Jahren, mit der Diagnose ADHS-Mischtypus und in einem Zeitraum

von 14 Monaten (vgl. Gawrilow 2012: 151). Unter einen ADHS-Mischtypus fallen Kinder mit ADHS, die sowohl ein unaufmerksames, als auch ein hyperaktiv-impulsives Verhalten aufweisen (vgl. Gawrilow 2012: 26).

Die Teilnehmer/innen (N579) wurden nach dem Zufallsprinzip vier verschiedenen Behandlungsoptionen zugeteilt, die kurz dargestellt werden.

Tabelle 1: Die 4 Behandlungsmöglichkeiten und Gruppierungen der MTA-Studie (Eigene Darstellung nach Gawrilow 2012: 149–151)

Behandlungsmöglichkeiten	Teilnehmerzahl
Medikation: Einstellung Auf optimaler MPH-Dosis und regelmässige Beratung	144
Kognitive Verhaltenstherapie Kind-, eltern- und schulzentrierte Massnahmen zur Behandlung der ADHS nach therapeutischen Empfehlungen u.a. von Barkley (1987, 1997)	144
Kombination aus Medikation und Kognitiver Verhaltenstherapie Kombination aus 1 und 2	145
Standardberatung Psychoedukation d.h. Beratung über das Störungsbild ADHS	146

Die aus der MTA-Studie resultierenden Ergebnisse zeigten, dass sich die Kombination von Medikation und Kognitiver Verhaltenstherapie als die erfolgreichste Variante herausstellte. Anhand dieser Kombinationsbehandlung konnten die hyperkinetische Symptomatik sowie die aggressiven Verhaltensweisen und internalisierenden Symptome reduziert werden. Zusätzlich wurde eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten der Kinder festgestellt. Dies lässt die Annahme zu, dass die ADHS-Therapie immer aus einer Kognitiven Verhaltenstherapie bestehen sollte (vgl. Gawrilow 2012: 151–152).

Abgesehen von den vorgelegten MTA-Ergebnissen gewinnt die Kognitive Verhaltenstherapie aufgrund der noch nicht ausschliessbaren Spätfolgen bei langfristiger Einnahme von Medikamenten an Relevanz. Unter den Experten und den Expertinnen herrscht ein Unbehagen bezüglich möglicher Spätfolgen, die auf den Haushalt der Neurotransmitter Einfluss ausüben (vgl. Müller/Candrian/Kropov 2011: 23) Dieses Unbehagen ist basierend auf den Erkenntnissen aus der MTA-Studie – 11 % der mit Methylphenidat (MPH) behandelten Kindern hatten stärkere, und 3 % der Kinder starke Nebenwirkungen – berechtigt (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 33).

Aus diesem Grund wird von Ärzten oder Ärztinnen und Forschern oder Forscherinnen eine zurückhaltende Anwendung von Stimulanzien wie Ritalin empfohlen. Dabei werden Stimmen laut, die einerseits klarer definierte Diagnosekriterien fordern, sodass nur noch diejenigen

Patienten/Patientinnen Medikamente wie Ritalin verschrieben bekommen, die diese Kriterien erfüllen. Andererseits wird für eine Verhaltenstherapie als primäre Massnahme gestimmt (Higgins u. Georg 2007, zit. nach Müller/Candrian/Kropov 2011 23).

Diese Erkenntnis schafft Raum für die genauere Betrachtungsweise eines nicht medikamentösen Handlungsansatzes im Umgang mit ADHS. Im Folgenden werden differenzierte Möglichkeiten von Therapieansätzen der KVT näher betrachtet, die einen Entwicklungsprozess bei Kindern mit ADHS begünstigen.

4.2.2 Differenzierte Therapieansätze der KVT für förderliche Entwicklungsprozesse bei Kindern mit ADHS

Grundsätzlich lassen sich die verhaltenstherapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei ADHS in zwei Zielbereiche unterteilen (vgl. Frölich et al. 2014: 63 zit. nach Abelein/Stein 2017: 226). Der eine Zielbereich umfasst die patientenzentrierten Interventionen, welche direkt beim Kind mit ADHS ansetzen. Der andere Zielbereich beschäftigt sich mit den umfeldzentrierten Massnahmen die für Eltern, Familien und Schulen ausgearbeitet sind (vgl. Döpfner et al. 2013: 24).

Im Folgenden werden Teilbereiche des Selbstinstruktionstrainings und des Selbstmanagement-Verfahrens sowie das Eltern-Training näher beleuchtet. Dabei lassen sich Handlungsansätze finden, die für Interventionsmöglichkeiten bei Kindern mit ADHS als geeignet angesehen werden können.

4.2.2.1 Die Selbstinstruktion

Die Behandlungsform des Selbstinstruktionstrainings zielt darauf ab, dass das betroffene Kind lernt, seine Aufmerksamkeitsspanne zu erweitern und seinen impulsiven Denk- und Handlungsstil besser steuern zu können, indem es handlungsanleitend zu sich selbst spricht (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 25). Nach Spröber/Grieb (2012: 81) lässt sich hierzu ein Anwendungsbeispiel für Kinder mit ADHS im Grundschulalter zur Verbesserung der Impulskontrolle formulieren. Betroffenen Kindern fällt es in der Regel schwer, strukturierte Vorgehensweise abzurufen, um Aufgaben überprüfen zu können. Aus diesem Grund sollte versucht werden, die Prüfungsschritte in Teilschritte zu zerlegen und explizit zu benennen. Anhand des Modelllernen, bei dem der/die Therapeut/in die Lösung der Aufgabe zunächst vorrechnet bzw. vorspricht, können die betroffenen Kinder deutlich profitieren. Massgeblich dabei ist, dass die Kinder dieselben Aufgaben in ihren Worten wiederholen, damit der Übungsprozess, das Wesentliche aus Aufgabenstellungen ableiten zu können, stattfinden kann. Während des Überprüfungsprozesses kann die Technik des «lauten Denkens» genutzt werden (vgl. Spröber/Grieb 2012: 81). Eine ähnliche Vorgehensweise lässt sich für die Verbesserung der

Handlungsorganisation beobachten, auf die in Kapitel 4.4 durch ein Anwendungsbeispiel für eine Handlungsempfehlung eingegangen wird.

Eine weitere Selbstregulationsstrategie lässt sich in den «*Wenn-Dann-Plänen*» wiederfinden. Um betroffenen Kindern eine effektive Unterstützungshilfe im planvollen Vorgehen der Bearbeitung von Aufgaben ermöglichen zu können, sind die Wenn-Dann-Pläne geeignet. Durch ihr Format «Und immer wenn die Situation X eintritt, dann führe ich Handlung Y durch» ermöglichen Wenn-Dann-Pläne einen direkten Zusammenhang zwischen bestimmten spezifischen, situativen Bedingungen und der zum Ziel führenden Handlung (vgl. Gawrilow et al. 2013: 50 zit. nach Abelein/Stein 2017: 379–380). Für Kinder mit ADHS bedeutet das, im «Wenn-Teil» die spezifischen Kennzeichen einer herausfordernden Situation wahrzunehmen und mit einer automatisiert ablaufenden Handlung im «Dann-Teil» zu verknüpfen (vgl. Gawrilow et al. 2011: 45, zit. nach Abelein/Stein 2017: 380). In einer Studie von Gawrilow et al. (2011) wurde der Frage nachgegangen, ob Wenn-Dann-Pläne einen hilfreichen Effekt beim Unterdrücken von Reizen, welche Kinder während einer Aufgabenbearbeitung stören, haben können. Für diese Untersuchung wurden Kinder mit und ohne eine ADHS angewiesen, an einem Arbeitsplatz zu arbeiten, an dem zwei Computerbildschirme übereinander installiert waren. Auf dem oberen Bildschirm wurde die Hauptaufgabe der Kinder, die das Lösen einer Mathematikaufgabe umfasste, abgespielt. Auf dem unteren Bildschirm wurden die Kinder durch zufälliges Einspielen von Videoausschnitten aus dem Film Shrek abgelenkt. Erweitert dazu wurde die Wirkung spezifischer Wenn-Dann-Pläne im Vergleich zu einfachen Zielintentionen verglichen. Dabei wurden die Wenn-Dann-Pläne in zwei Bereiche der aufgabenförderlichen und aufgabenunterdrückenden aufgeteilt. Die aufgabenförderlichen Wenn-Dann-Pläne lauteten: («Und immer, wenn der Film kommt, dann konzentriere ich mich auf meine Aufgabe»). Die aufgabenunterdrückenden Wenn-Dann-Pläne lautete: («Und immer, wenn der Film kommt, dann ignoriere ich ihn») aufgeteilt. Die Zielintention dazu lautete: («Ich will mich nicht ablenken lassen»). Die Kinder mit und ohne ADHS bekamen entweder eine simple Zielintention oder einen der Wenn-Dann-Pläne zugeteilt. Daraus resultierte ein Ergebnis, dass Kinder mit ADHS von beiden Plänen einen Nutzen ziehen, wobei im Mittelwert ein Vorteil der aufgabenförderlichen Wenn-Dann-Pläne erkennbar ist (vgl. Gawrilow 2012: 89–90). Daraus lässt sich schliessen, dass sich Wenn-Dann-Pläne, spezifisch für ADHS Kinder als geeignete Form des Planens anbietet. Bei Kindern mit ADHS kann eine verbesserte Inhibitionsleistung sowie eine Verbesserung des Arbeitsgedächtnisses festgestellt werden, wenn sie vor der Erledigung einer laborexperimentellen Aufgabe aufgefordert werden, einen massgeblichen Wenn-Dann-Plan zu erstellen (vgl. Gawrilow 2012: 91).

Bei Grundschulkindern mit ADHS kann ein weiterer Handlungsansatz aus der Kognitiven Verhaltenstherapie für die Reduktion von kognitiver Ablenkung betrachtet werden. Dabei handelt es sich um den sogenannten «externen Speicher», der sinnbildlich für einen Speicherplatz von ablenkenden Gedanken des Kindes steht. Dem betroffenen Kind wird versucht aufzuzeigen,

dass es Situationen gibt, in denen man sich mit gewissen Gedanken beschäftigt, die mit der gegenwärtigen Aufgabe oder einem Gespräch zu tun haben bzw. die ablenkenden Gedanken. Der Therapieansatz verfolgt das Ziel, dass Kinder lernen in der Situation irrelevante Reize und Reaktionen zu erkennen, relevante von irrelevanten Reizen/Gedanken zu separieren und situationsinadäquate Reaktionen zu unterdrücken (vgl. Schlarb 2012: 80). Wenn das betroffene Kind situationsadäquate Reaktionen aufweist, kann der Fokus, durch den Satz: «Stopp, dein Verhalten passt gerade nicht. Was war das Ziel?» wieder auf die relevante Situation gerichtet werden. Ist die gegenwärtige, irrelevante Reaktion für das Kind, kann es sich eine Notiz in den «externen Speicher» machen und zu einem gegebenen Zeitpunkt können diese offenen Reaktionen wieder aufgegriffen und besprochen werden. Durch diesen Prozess eignen sich Kinder zunehmend an, Ablenkungsreize und Gedanken wahrzunehmen und führen den «externen Speicher» selbstständig, ohne Eingreifen seitens der Fachkraft durch (vgl. Schlarb 2012: 80–81).

4.2.2.2 Das Selbstmanagement

Als eine weitere patientenzentrierte Intervention in der Verhaltenstherapie können die Methoden des Selbstmanagements angesehen werden. Dabei wird das Ziel verfolgt, das betroffene Kind dazu anzuleiten, in seinem sozialen Umfeld, die eigenen Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen bzw. wahrzunehmen. Es besteht der Anspruch, dass das Kind in kritischen Situationen im sozialen Umfeld oder im Lernbereich ein alternatives, adäquates Verhalten aufzeigen kann, indem es versucht, bestimmte Regelvorschriften einzuhalten und sich selbst darin bestärkt, erfolgreich an eine Situationsbewältigung herantreten zu können. Eine Anzahl Studienergebnisse lassen darauf schließen, dass unter Selbstmanagement-Methoden möglicherweise eine vielversprechende Interventionsform verstanden werden kann. Dabei sollte beachtet werden, dass ein ausschlaggebender Punkt bei Selbstmanagement-Methoden die Kombination mit anderen Techniken, wie beispielsweise der Selbstinstruktion oder des Token-systems, darstellt. So fanden Varni und Henker (1979: 171-192) heraus, dass nur anhand von Selbstbeobachtung, das Arbeitsvermögen von betroffenen Kindern nicht verändert wird, jedoch durch die Kombination von Selbstbeobachtung mit Selbst- und Fremdverstärkung, sich eine Veränderung feststellen lässt (vgl. Varni und Henker 1979: 171- 192 zit. nach Döpfer/Frölich/Lehmkuhl 2013: 27).

Kombinationsvarianten aus Methoden des Selbstmanagements und dem Tokensystem erachtet die Verfasserin der Arbeit als möglichen, geeigneten Handlungsansatz bei der Betreuungsarbeit mit betroffenen Kindern. Dies wird im Kapitel 4.4 als Handlungsempfehlung erneut veranschaulicht. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle das Tokensystem kurz ausgeführt. Unter diesem wird eine Therapiemethode aus der Verhaltenstherapie verstanden, die für das Erlernen von Reiz-Reaktions-Muster bzw. Lernen am Erfolg durch Belohnung steht. Dabei handelt es sich um eine Form der Konditionierung, wobei Betroffenen jedes Mal, wenn sie ein

erwünschtes Verhalten erzielen können, Belohnungsmarken, wie beispielsweise Sticker oder Punkte verliehen, die sie später gegen vorher festgelegte Tauschgüter wie eine gemeinsame Aktivität mit der PSA in ein Schwimmbad oder Süßigkeiten einlösen kann. Dabei wird vor allem vom Prinzip der positiven Verstärkung Gebrauch gemacht (vgl. Ziff-Fortbildung 2020: o.S.).

Es kann sowohl bei der Selbstinstruktion sowie auch bei den Methoden des Selbstmanagements nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sich alleinig durch die Interventionsansätze die Auffälligkeiten im sozialen Umfeld und dem Lernfeld Schule vermindern lassen (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkul 2013: 103).

4.2.2.3 Eltern-Training

Der andere Zielbereich der verhaltenstherapeutischen Interventionsmöglichkeiten beschäftigt sich mit den umfeldzentrierten Massnahmen die für Eltern, Familien und Schulen definiert wurden. Als primäre Ausgangslage aller daraus folgenden Interventionen, lässt sich die Psychoedukation zusammenfassen. Dabei geht es darum, durch gemeinsame Beratungsgespräche mit dem betroffenen Kind, sowie auch mit den Eltern, und Bezugspersonen, Lehrern/Erzieher, ein Erklärungsmodell in Bezug auf das ADHS zu erarbeiten. Darauf gründend werden Zielformulierungen für Veränderungen hergeleitet (vgl. Spröder/Grieb 2012: 71).

Für eine gelingende Umsetzung von verhaltenstherapeutischen Interventionsansätzen, benötigt es jedoch nicht alleinig eine umfassende Aufklärung der Vorgehensweise, sondern auch eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen dem betroffenen Kind und der Eltern. Wie bereits diskutiert wurde, spricht die Zielsetzung des Selbstmanagements das soziale Umfeld bzw. die Eltern an, das betroffene Kind zu sensibilisieren, seine Verhaltensprobleme besser wahrnehmen zu können. Dies setzt eine stabile Selbstwirksamkeit seitens der Eltern voraus. Der Selbstwert sowie die Selbstwirksamkeit, die übersetzt die Erwartung durch eigene Kompetenzen und Handlungen gewünschte Resultate zu erzielen bedeutet, sind relevante Faktoren für die Wirksamkeit der Therapie bei ADHS. In einer Teiluntersuchung der MTA-Studie konnte ermittelt werden, dass die Effektivität der Therapie bei Kindern und Jugendlichen vermindert ist, wenn Eltern dysfunktionale Erziehungspraktiken anwenden, Mütter unter Selbstwertproblemen leiden und Väter eine niedrige Selbstwirksamkeit in Bezug auf ihre Erziehung aufweisen (vgl. MTA Cooperative Group, 2008a; 2008b, zit. nach Spröder/Grieb 2012: 71). Eine geringe Selbstwirksamkeit bei Eltern lässt sich häufig aufgrund der Kombination von negativen Interaktionen mit dem betroffenen Kind, den kritischen Feedbacks aus dem sozialen Umfeld, beispielsweise der Nachbarn und irrationalen Überzeugungen betreffend der Erziehung feststellen (vgl. Spröder/Grieb 2015: 84–85). Ablösung für diese Problematik, lassen sich in verhaltenstherapeutische Elterntrainings finden. Nach Spröder/Grieb (2012: 85) gilt es, sich von irrationalen Überzeugungen zu lösen und die vorhandenen Ressourcen zu stärken. Als

Beispiel dafür könnten Ressourcen und Stärken der Familie und des betroffenen Kindes, mit den Eltern in einem «Erfolgstagebuch» festgehalten werden. Dabei werden die positiven Verhaltensweisen des Kindes sowie erfolgreich, gemeisterte Entwicklungsschritte in der Erziehung dargelegt (vgl. Spröber/Grieb 2012: 85). Die thematisierten verhaltenstherapeutische Elterntraining, haben bei der Prävention und Intervention von Aufmerksamkeitsstörungen einen bedeutenden Einfluss auf die Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten von Kindern (vgl. Spöber/Grieb 2012 70). Zusätzlich kann eine befriedigende, familiäre Kohäsion bei intakter Eltern-Kind-Beziehung als protektiver Faktor in Bezug auf eine im Entwicklungsverlauf zurückgehende Symptomatik bei ADHS angesehen werden (Satterfield et al. 1987, zit. nach Döpfner/Frölich/Lehmkuhl 2013: 21).

4.3 Drei Variablen des Ansatzes der nichtdirektiven Psychotherapie und Beratung nach Rogers für eine pädagogisch-professionelle Haltung bei Kindern mit ADHS

Wie in Kapitel 3.2. bereits diskutiert, spielt die Haltung einer Fachkraft bzw. einer/eines PSA eine relevante Rolle in der Betreuungsarbeit bei Kindern mit ADHS. Dabei soll erwähnt werden, dass aus einer kritischen Perspektive heraus betrachtet, eine Auseinandersetzung mit selbstreflexiven Fragen nach der eigenen Haltung ebenso mit gesteigertem Aufwand für die Fachkräfte selbst verbunden ist (vgl. Abelein/Stein 2017: 303- 304). Hilfreiche Inputs lassen sich bei den allgemeinen Aspekten einer pädagogischen-professionellen Haltung nach Rogers (1957) finden, dessen Ansatz nichtdirektiver Psychotherapie und Beratung sich auch für das pädagogische Arbeitsfeld als geeignet herausstellte. Die dazugehörigen, zentralen drei Variablen der Akzeptanz, Empathie und Kongruenz (Echtheit) können als bedeutende Wegweiser bei der Haltung zu ADHS angesehen werden, worauf im Anschluss näher eingegangen wird (vgl. Abelein/Stein 2017: 304).

Mit Akzeptanz wird nach Rogers (1957: 98) der Grundgedanke verfolgt, einen anderen Menschen als Ganzes zu schätzen und diese Anerkennung nicht von bestimmten Bedingungen abhängig zu machen. Übertragen auf die erzieherische Haltung einer/eines PSA würde dies bedeuten, dass alle Emotionen von betroffenen Kindern akzeptiert bzw. angenommen werden, abgesehen davon, wie verständlich oder nachvollziehbar diese für die Fachkraft sind (vgl. Abelein/Stein 2017: 304–305). Als wichtiger Punkt soll hier erwähnt werden, dass eine akzeptierende Haltung nicht bedeutet, dass Eltern und Fachkräfte typische Verhaltensweisen von Kindern mit ADHS hinnehmen und Sanktionen vermieden werden müssen. Vielmehr soll sich Akzeptanz auch in Momentaufnahmen von unangenehmen Verhaltensweisen zeigen, indem betroffenen Kindern vermittelt werden soll, dass ein wertschätzendes Verständnis für die betreffende Emotionslage und eine Anerkennung der Persönlichkeit gegeben ist. Jede Form von

Verhaltensweisen gehört zum betroffenen Kind dazu bzw. sind ein Teil von ihm, die es wiederum als einzigartiges Individuum auszeichnet. Insbesondere bei Kindern mit ADHS, die aufgrund ihres auffälligen Störpotenzials von Fachkräften (PSA) auf gewisse notwendigen Vorschriften hingewiesen werden, kommt der wertschätzenden Kommunikationsweise eine grosse Bedeutung zuteil (vgl. Abelein/Stein 2017: 305–306).

Die zweite, zentrale Variable nach Rogers (1957: 99) befasst sich mit der Empathie, das heisst sich in einen anderen Menschen bzw. seine/ihre Innenwelt hinein fühlen zu können. Fühlt sich ein Kind in seinem emotionalen Innenleben durch die erzieherische Haltung einer/eines PSA unterstützt und nicht alleingelassen, resultiert daraus die Motivation, sich selbst besser verstehen zu wollen (vgl. Abelein/Stein 2017:306–307). Das Verständnis des «sich in ein Kind hinein fühlen» impliziert nach Tausch und Tausch (1998: 180) kein Diagnostizieren oder Bewerten der Lebenswelt des Kindes, sondern es spricht ein urteilsfreies Engagement an, sich in die Erlebniswelt einzufühlen (vgl. Tausch und Tausch 1998: 180 zit. nach Abelein/Stein 2017: 307). Wie bereits in den vorherigen Kapiteln thematisiert, lässt sich erkennen, dass Kinder mit ADHS aufgrund ihrer Verhaltensmerkmale auf negative Resonanzen im sozialen Umfeld stossen können, wodurch sich ihr eigener Leidensdruck verstärken kann. Von diesem Betrachtungspunkt ausgegangen, kann festgehalten werden, dass insbesondere diese betroffenen Kinder eine empathische Fachkraft, die sich in das Innenleben des Kindes hinein fühlen kann und die individuelle Lebenswelt vorurteilslos annimmt und sie darin bestärkt an sich zu glauben, sehr zu schätzen wissen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 128, zit. nach Abelein/Stein 2017: 308). Nach Moor (1965) wird die Voraussetzung sich mit dem Innenleben eines Kindes mit ADHS adäquat auseinandersetzen zu können, im inneren Halt des Erziehers selbst gesehen. Kinder besitzen noch keinen inneren Halt bzw. sind noch nicht gefestigt im Leben. Erst mit Erziehung kann innerer Halt entstehen. Ist dieser Prozess noch nicht beendet, benötigen Kinder moralische Orientierung von aussen bzw. sie brauchen Halt an jemandem. Diesen Halt finden Kinder nach Moor nur an solchen Erwachsenen, die selbst inneren Halt besitzen, das heisst, reife Persönlichkeiten sind, die belastbar genug sind, die Schwächen eines Kindes aushalten zu können. Ist dies erfüllt, wird der innere Halt des Erwachsenen für das Kind zum äusseren Halt (Moor 1965, zit. nach Stiehler 2007: 95–96). Durch die Ausführungen von Moor wird erneut auf die Relevanz eines selbstreflexiven Verständnisses einer/eines PSA aufmerksam gemacht.

Die Kongruenz stellt die letzte Variable dar. Dabei wird nach Rogers (1957) die Kompetenz einer/eines PSA ausformuliert, sich selbst darstellen zu können, bzw. das Authentizitätsvermögen. Indem die/der PSA die eigenen Ansichten und Empfindungen bewusst wahrnimmt und nach aussen kehrt, lässt sich eine «Echtheit» der professionellen Fachkraft erkennen, wodurch ein transparentes Agieren begünstigt werden kann. Damit soll jedoch kein unreflektiertes, gefühlsgeleitetes Handeln seitens der/des PSA beschrieben werden (vgl. Hillebrand 2008: 139,

zit. nach Abelein/Stein 2017: 308–309). Vielmehr soll das Ziel verfolgt werden, das Kind am Gedankengut der Fachkraft teilhaben zu lassen, um gegebene Situationen aus einer mehrperspektivischen Sichtweise beurteilen zu können (vgl. Abelein/Stein 2017: 309).

4.4 Ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen für PSA, bei der Betreuungsarbeit mit Kindern mit ADHS im Heimalltag

Nach der Definition beinhalten Handlungsempfehlungen Ratschläge von Expertinnen und Experten. Im Grundsatz können also die Begriffe Leitlinien, Leitfaden und Handlungsempfehlungen als sinngleich verstanden werden (vgl. Hotz 2018: 14). Sie sollen dazu dienen, PSA einen Leitfaden zu bieten, an dem sie sich bei der Betreuungsarbeit mit betroffenen Kindern orientieren können.

Mit diesem letzten Kapitel wird als Einstieg eine Mindmap-Darstellung vorgelegt, damit der/die Leser/in einen Überblick der zusammenhängenden Beziehungsstrukturen und Einflussfaktoren, die auf ein betroffenes Kind in konfliktreichen Situationen einwirken, erhält. Darauf folgend werden vier Szenarien von möglichen konfliktbelastenden Situationen, denen PSA in ihrer Betreuungsarbeit bei Kindern mit ADHS im Heimalltag begegnen können, anhand von potenziellen Handlungsempfehlungen diskutiert. Auch in diesem Rahmen ist zu erwähnen, dass sich jede Situation ganz individuell äussern kann und nicht der Anspruch besteht, allgemeingültige Szenarios im Heimkontext zu bestimmen. Die Szenarios bzw. Kernsituationen werden basierend auf den Erfahrungsberichten der Verfasserin der Arbeit hergeleitet und beschränken sich auf die Erfahrungen im Berufsfeld Heimwesen.

Das vorgelegte Mindmap stellt vier problembehaftete Kernsituationen im Heimalltag dar, denen sich ein Kind mit ADHS stellen muss. Dabei wurde versucht, eine Vernetzung der daran beteiligten Bezugspersonen des Kindes, das heisst der Eltern, der/des PSA, der Lehrperson und der Peergruppe darzustellen. Der innere Teil des Mindmaps stellt einen sich schliessenden Kreislauf bzw. Zusammenarbeit zwischen den Bezugspersonen dar. Dieser Kreislauf erachtet die Verfasserin der Arbeit als elementaren Grundstein für einen förderlichen Entwicklungsprozess. Das betroffene Kind sowie auch die/der PSA sind bei allen vier Kernsituationen aktiv beteiligt. Eine indirekte Beteiligung bei den Kernsituationen des Zimmer-Ämtli und der Nachtruhe kann bei den Eltern angenommen werden. Wenn sich das betroffene Kind eine Strategie erarbeitet hat, wie es seine Zimmerordnung organisiert, ist es sehr wichtig, dass diese auch Zuhause weitergeführt wird. Dasselbe gilt für die Situation der Nachtruhe. Werden dem Kind im Heim strukturierte Abläufe im «zu Bett gehen» Prozess beigebracht, sollte dies auch Zuhause eingehalten werden. Werden diese Handlungsansätze jedoch nicht von den Eltern berücksichtigt, kann dies ein Rückschritt im Entwicklungsprozess des Kindes bewirken. Dadurch würde es zwei verschiedene Herangehensweise für dieselben Situationen vermittelt

bekommen, was zu einem Überforderungsgefühl führen kann. Betrachtet man die Beteiligung der Lehrperson, zeigt sich diese als indirekter Faktor bzw. beobachtender Faktor bei der Abgrenzungsproblematik des Kindes. Wie in Kapitel 3.2 anhand eines Beobachtungsberichts hervorgeht, bereitet es Kindern mit ADHS Mühe, sich von Konfliktsituationen, die sie selbst nicht betreffen, nicht beeinflussen bzw. mitreissen zu lassen. Diese Situationen können auf den Wohngruppen sowie auch in der Schule stattfinden. Daher ist es relevant, dass die Lehrperson instruiert ist, in einer solchen Kernsituation adäquat reagieren zu können, was wiederum auch einen regelmässigen Austausch mit der/dem PSA voraussetzt. Die Peergruppe kann als direkter Beeinflussungsfaktor bei allen Kernsituationen gesehen werden.

Im Anschluss werden die vier Kernsituationen anhand von ressourcenorientierten Handlungsempfehlungen für PSA diskutiert.

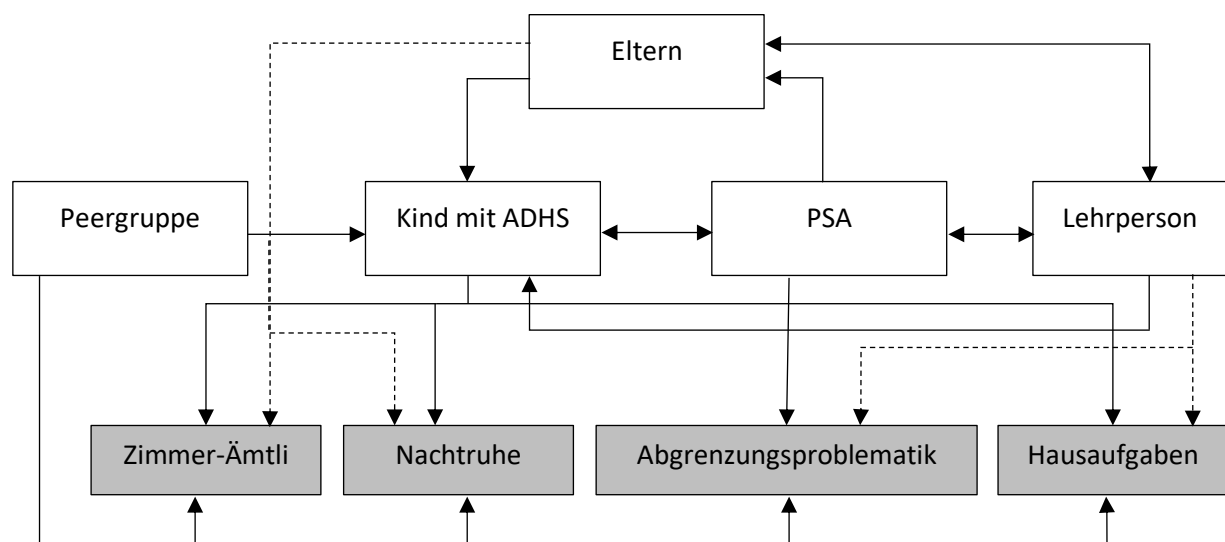


Abbildung 5: Problematische Kernsituationen bei ADHS und die damit verbundenen Beeinflussungsfaktoren/Beziehungsstrukturen (eigene Darstellung)

Kernsituation 1: Das Erledigen des Zimmer-Ämtli

Als erste Situation, die aus den Erfahrungsberichten der Verfasserin bei betroffenen Kindern Anlass für wiederkehrende Konfliktgespräche bietet, betrifft das Ausführen des Zimmer-Ämtli. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, fällt es betroffenen Kindern schwer, Ordnung im eigenen Zimmer zu halten. Ein gezieltes Daraufhinweisen seitens der/des PSA kann zu ersten Diskussionsgesprächen führen. Hierzu lassen sich sowohl aus der Kognitiven Verhaltenstherapie als auch in Bezug auf die professionelle Haltung mögliche Handlungsempfehlungen schöpfen. Das Selbstinstruktionstraining könnte dabei eingesetzt werden, mit dem Ziel eine Verbesserung der Handlungsorganisation beim Kind zu erreichen. Die/der PSA unterstützt das betroffene Kind bei der Aufgabe, das Zimmer selbstständig aufzuräumen, indem eine klare Abfolge von Arbeitsschritten, beiläufig vorgespochen werden. Diese

Vorgehensweise orientiert sich an den Teilschrittfolgen der verbesserten Handlungsorganisation, die in Kapitel 4.2.2.1 kurz angedeutet wurden. Als Erstes wird nach der grundsätzlichen Aufgabe gefragt. Danach wird auf deklaratives Wissen zurückgegriffen, ob eine ähnliche Aufgabenstellung, in diesem Beispiel Vorgehensweise, bereits bekannt ist. Anschliessend wird dazu animiert, anzufangen. Dabei soll versucht werden, an eine konzentrierte Arbeitsweise zu appellieren und durch ein kurzes «Halt» den Arbeitsschritt zu überprüfen. Abschliessend soll die Mühe estimiert werden, indem ein Lob ausgesprochen wird (vgl. Spröber/Grieb 2015: 81–82).

Diese Handlungsmethode versucht, mehrere Zielbereiche abzudecken. Zum einen soll sie dem betroffenen Kind helfen, sich selbst auf das wesentliche Aufgabenziel Schritt für Schritt zu fokussieren und sich nicht durch andere Reize ablenken zu lassen. Zum anderen wird dabei versucht, dem Kind eine strukturierte Vorgehensweise zu implizieren, indem die vorgeschprochenen Abläufe aus seiner/ihrer Perspektive heraus wiederholt und dadurch gleichzeitig verinnerlicht werden. Anhand eines regelmässigen Wiederholens dieser Arbeitsabfolgen könnte sich ein Automatismus beim Kind einstellen, sodass es zielführend sein Zimmer-Ämtli selbstständig ausführen kann und kein aktives Begleiten der/des PSA notwendig ist. Dabei sind aus der Perspektive der Verfasserin der Arbeit zwei Faktoren zu beachten. Der eine Aspekt umfasst die Zusammenarbeit mit den Eltern des betroffenen Kindes. Um eine kontinuierliche Verbesserung der Handlungsorganisation zu erreichen, genügt es nicht, dass der Handlungsansatz nur auf der Wohngruppe umgesetzt wird. Es soll versucht werden, ihn auch Zuhause in die Alltagsstruktur zu integrieren. Dazu wird eine aktive Mithilfe der Eltern als eine notwendige Voraussetzung angesehen, die als solche von der/dem PSA zu kommunizieren ist. Abhängig von familiären Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Bereitschaft bzw. intakte Zusammenarbeit der Eltern mit dem betroffenen Kind konfliktfrei umsetzbar ist. Trotz allem kann es als professionellen Auftrag angesehen werden, individuell auf das betroffene Kind zugeschnittene Handlungsempfehlungen mit den Eltern offen zu kommunizieren und sie dazu zu ermutigen, diese im sozialen Umfeld des Kindes zu integrieren.

Als zweiten Faktor benennt die Verfasserin eine tolerante Haltung während der Umsetzung des Arbeitsauftrages. Begegnet man dem Kind mit einer vorwurfsvollen und kritisierenden Haltung, führt dies zu einer Demotivation und anschliessender Resignation des Kindes. Auch wenn das Chaos im Zimmer des Kindes für die/den PSA nicht nachvollziehbar ist, soll versucht werden, die eigentliche Problematik dahinter im Blick zu haben und nicht bei einem Bestrafungs-, sondern einem Lösungssystem anzusetzen.

Ein weiteres Ressourcenmerkmal von Kindern mit ADHS ist ihr soziales Engagement. Würde es dem betroffenen Kind gelingen, anhand von den thematisierten verhaltenstherapeutischen Handlungsmethoden eine routinierte Arbeitsweise für das Zimmer-Ämtli zu festigen, könnte es

dieses Wissen mit anderen Kindern teilen bzw. weitergeben. Das Erfolgserlebnis, eine Aufgabe gut selbstständig meistern zu können, bestärkt das betroffene Kind nicht nur in seinem Selbstbewusstsein, sondern ermöglicht ihm, seine Strategien mit anderen Kindern zusammenzusetzen zu können, sodass kein/e PSA als unterstützende Prozessgestaltung anwesend ist, sondern Gleichaltrige sich gegenseitig anleiten können.

Szenario 2: Hausaufgaben-Situation

Das zweite Szenario beschäftigt sich mit dem selbstständigen Erledigen der schulischen Hausaufgaben. Während der Praktikumszeit der Verfasserin der Arbeit, erlebte Sie vermehrt angespannte Situationen zwischen der/dem PSA und betroffenen Kindern, wenn es um das Erledigen der Hausaufgaben ging. Die dazugehörigen, möglichen Handlungsempfehlungen für PSA orientiert sich am Kreativitätssinn der Kinder, der als ein Ressourcenmerkmal angesehen werden kann. Es könnte versucht werden, Hausaufgaben in Form von malerischen bzw. zeichnerischen Darstellungen zu veranschaulichen. Ein mögliches Beispiel wäre, dass die/der PSA mathematische Denkaufgaben, in Form von Figuren bzw. Gegenstände aufgezeichnet, um einen logischen Zusammenhang für das Kind sichtbar zu machen. Für sprachliche Schulfächer könnten grammatikalische Wörter, wie «une pomme» mit einem Bild von einem Apfel veranschaulicht werden. Dieses visuelle Erarbeiten der Aufgaben könnte es dem Kind erleichtern, sich diese besser bzw. einfacher einprägen zu können. Die kreativen Umsetzungsvarianten sind an die individuellen Interessensausrichtungen des Kindes, das heisst, spielerisch oder aber mit einer Aktivität oder musikalischen Improvisation verbunden und dem Alter entsprechend zu gestalten.

Eine weitere Handlungsempfehlung für PSA, sowie auch für die Eltern ist die Strukturierung des Arbeitsplatzes. Die Zielsetzung dabei ist, ähnlich wie bei Cruickshak (1981: 107 ff) bereits besprochen, die Reduzierung irrelevanter und möglicherweise störender Reize sowie die Reduzierung bzw. die räumliche Anpassung durch klare räumlich Orientierungshilfen. Die Fachliteratur bezieht sich hierbei auf die Räumlichkeiten des Schulbereichs, indem farbliche Einheitlichkeit auf den Gängen der Schulhäuser empfohlen wird (vgl. Aust-Claus & Hammer 2002: 225; Heil et al. 2007: 18 zit. nach Abelein/Stein 2017: 320). Die Ansätze liessen sich jedoch auch umwandeln auf den pädagogischen Wohnbereich, indem die Gestaltung der Zimmer bzw. der Arbeitsplatz von betroffenen Kindern räumliche Reduzierungen berücksichtigen würde. Man könnte das Kind bspw. dazu animieren, seinen Schreibtisch auf ein Minimum an Gegenständen zu reduzieren oder die Gegenstände auf dem Tisch in einheitlichen Farben zusammenstellen. Des Weiteren kann die Platzierung des Schreibtisches eine wichtige Rolle spielen. Aust-Claus/Hammer (2002: 225) schlagen vor, dass «Kinder mit ADHS in der Nähe der Lehrkraft und mittig im Klassenraum zu platzieren, um Fenster und Türen als Ablenkungsmöglichkeiten auszuschalten». Durch die Aussage wird deutlich, dass die Platzierung des Schreibtisches im

Zimmer des betroffenen Kindes vor einem Fenster als ungünstig betrachtet werden kann, da permanente Ablenkungsmöglichkeiten bestehen. Ergänzend dazu wies Cruickshank (1981) darauf hin, dass betroffene Kinder nicht nur im visuellen Bereich, sondern auch im auditiven Bereich eine erhöhte Ablenkbarkeit aufweisen. Darum sollte versucht werden, unnötige Lärmquellen zu reduzieren, worin der Auftrag der/des PSA erneut deutlich wird (vgl. Aust-Claus/Hammer 2002: 225, zit. nach Abelein/Stein 2017: 321). Während der Hausaufgabenzeit sollten Nebengeräusche auf ein Minimum gehalten werden. Diese Zielsetzung gestaltet sich jedoch auf einer Wohngruppe mit mehreren Kindern sehr schwierig. Es soll nicht der Anspruch bestehen, das Kind komplett von der Aussenwelt abzuschotten, sondern einen Mittelweg zu finden, wie die Konzentrationsphase unterstützt werden kann und gleichzeitig ein für das Kind angenehmes bzw. förderliches Lernklima herrscht.

Szenario 3 Abgrenzungsproblematik bei Konfliktsituationen

Das dritte Szenario bezieht sich auf die Abgrenzungsproblematik der betroffenen Kinder bei Konfliktsituationen. Nach dem Erfahrungswert der Verfasserin der Arbeit zu beurteilen, werden betroffene Kinder schnell aufmerksam auf eine Konfliktsituation, bei der sie selbst kein Teil sind. Dabei fällt es ihnen schwer, sich von dem Ereignis, beispielsweise zwischen einer/eines PSA und zwei Kindern der Wohngruppe, zu entfernen und ihren ursprünglichen Tätigkeiten nachzugehen. Die geladene Stimmung überträgt sich auf die betroffenen Kinder, sodass sie ebenfalls in den Konflikt miteinsteigen. Eine Überlegung, die als Handlungsempfehlung angesehen werden könnte, ist eine räumliche Trennung. Das bedeutet, falls die vorherige Tätigkeit des betroffenen Kindes nicht in einem anderen Raum stattgefunden hat, könnte man versuchen die Aktivität dementsprechend anzupassen und auf einen anderen Raum zu verlegen. Damit liesse sich eine Neuausrichtung des Fokus anhand von sportlicher Aktivität verbinden. Die hierbei empfohlene Handlungsempfehlung betrifft die Förderung der Selbstregulierung durch sportliche Aktivität. Das betroffene Kind verspürt eine Reizüberflutung aufgrund der präsenten Konfliktsituation. Dabei kann die/der PSA eingreifen und durch das Verlassen der Wohngruppe einerseits eine räumliche Trennung zum Konflikt herstellen und zum anderen wird dem Kind ein Raum geboten, indem es seinem inneren Handlungsdruck und überschüssiger Energie nachgehen und die Bewegungsfreiheit als Ventil nutzen kann.

Angelehnt an den Studienergebnissen von Gawrilow et al. (2011: 45) liesse sich eine weitere Handlungsempfehlung hinsichtlich der Abgrenzungsproblematik bei Kindern mit ADHS diskutieren. Die/der PSA könnte den Versuch starten, bei Zielsetzungsgesprächen mit dem Kind «Wenn-Dann-Pläne» zu erarbeiten, die lauten könnten: «Und immer wenn ich ein/e PSA mit einem/einer Klienten/in diskutieren höre, dann höre ich nicht zu» oder «Und immer wenn ein/e Mitbewohner/in eine Tür zuknallt, dann knalle ich meine nicht auch zu». Das Wiederholen dieser «Wenn-Dann-Pläne» könnte dem Kind helfen, weniger schnell von einer anderen

Konfliktsituation mitgerissen zu werden. Es ist zu beachten, dass Handlungsstrategien fortlaufend und regelmässig anzuwenden bzw. zu «trainieren» sind, damit erkennbare Fortschritte entstehen können. Somit wird nicht allein an ein Durchhaltevermögen des betroffenen Kindes appelliert, sondern auch an das soziale Umfeld. Sowohl für die betreuenden Fachkräfte als auch für die Eltern sind Handlungsstrategien, die im alltäglichen Leben des Kindes integriert werden, kontinuierlich zu befolgen.

Als weitere Handlungsempfehlung für ein/e PSA während einer Abgrenzungsproblematik bei betroffenen Kindern, lässt sich erneut in der Kommunikationsweise wiederfinden. Als förderlicher kommunikativer Umgang liesse sich hier eine empathische, wohlwollende Ausdrucksweise beschreiben. Diese könnte in Sätzen wie: «Ich weiss, dass es dir gerade sehr schwerfällt, dich von diesem Konflikt zu lösen» oder «ich werde dich dabei unterstützen, dich zukünftig besser auf deine laufende Tätigkeit fokussieren zu können». Eine kritisierende Kommunikationsweise würde dem betroffenen Kind das Gefühl vermitteln, aufgrund seines Verhaltens bzw. Abgrenzungsproblem einen Fehler begangen zu haben, wodurch es erneut die Erfahrung macht, auf seiner Verhaltensweise negativ reduziert zu werden. Es ist sehr zu empfehlen, dem betroffenen Kind in herausfordernden Situationen, oder insbesondere in den Situationen verständnisvoll zu begegnen, denn das Kind trägt einen konstanten, inneren Kampf mit sich selbst aus. Dabei muss es sich zwischen dem Auswählen einer adäquaten oder abweichenden Verhaltensweise entscheiden, auf dessen Ausgang es jedoch nur begrenzt Einfluss nehmen kann.

Szenario 4: Abendruhe

Das vierte und letzte Szenario beschreibt die problematische Abendroutine und das Einhalten der Nachtruhe der Kinder mit ADHS. Nach den Erfahrungsberichten der Verfasserin der Arbeit, fällt es besonders Kindern mit ADHS schwer, am Abend zur Ruhe zu kommen und sich pünktlich an die Bettruhe zu halten. Ergänzend dazu bezeichnet Gawrilow (2012: 141) unter anderem, die Zubettgehen-Situationen als eine besonders hohe Anforderung, mit der sich Eltern von Kindern mit ADHS auseinandersetzen müssen (vgl. Gawrilow 2012: 141). Dementsprechend lassen sich drei verschiedene Handlungsempfehlungen für PSA formulieren. Die erste Handlungsempfehlung orientiert sich an der Relevanz eines strukturierten Ablaufes. Wie bereits in Kapitel 3 ausgeführt wurde, verhelfen strukturierende Massnahmen im Alltag Kindern mit ADHS, ihr Handeln innerhalb eines bestimmten Gerüsts auszurichten. Das heisst, dass Kinder eine logische, nachvollziehbare und geordnete Abfolge von Handlungsschritten brauchen, um die gedankliche Unordnung, die sich anhand von dem Drang zeigen kann, gleichzeitig mehrere Aufgaben auf einmal erledigen zu wollen, strukturieren zu können. Konkret kann der Handlungsauftrag für die/den PSA darin bestehen, eine immer gleichbleibende Abfolge einer Abendroutine mit dem Kind zu erarbeiten. Dabei wird festgelegt, ab wann das Kind keine laute Musik mehr hören sollte, wann es sich die Zähne putzt oder um welche Zeit es der Mutter

und/oder dem Vater «Gute Nacht» sagen möchte. Auch hier ist es wichtig, dass das Kind diese festgelegte Abendroutine auch ausserhalb des Heimes in seiner gewohnten Abfolge durchführen kann, worin der Auftrag der Eltern besteht, das Kind dabei zu unterstützen. Auch hier wird die Wichtigkeit einer präsenten Zusammenarbeit zwischen einem/er PSA und den Eltern des Kindes erneut deutlich. Eine weitere Handlungsempfehlung für die Abendroutine könnte aus der Kombination von Selbstmanagement-Methoden und des Tokensystems formuliert werden. Ein Anwendungsbeispiel hierfür könnte lauten: «Heute habe ich mein Zimmer nach der Nachtruhe verlassen, morgen werde ich das Zimmer nur noch für einen Toiletten-Gang nach der Nachtruhe verlassen». Innerhalb eines bestimmten Zeitraums hat das betroffene Kind die Möglichkeit, beim Einhalten der Zielvereinbarung, Token-Punkte zu sammeln. Gelingt es dem Kind, nach einer vorbestimmten Zeitfrist die geforderten Token-Punkte zu erreichen, wird es belohnt. Dies kann zum Beispiel in Form eines Ausfluges mit der Bezugsperson des Kindes sein. Ein solches Belohnungssystem zielt auf den Ehrgeiz des Kindes ab und vermittelt längerfristig spielerisch einen strukturierten Automatismus.

Resümierend lässt sich sagen, dass nicht bei allen Kindern von einem inneren Handlungsdruck bzw. denselben Auffälligkeiten und Äusserungsformen ausgegangen werden kann. Da sich auch die Stärken der Kinder nicht einheitlich und allgemein gültig bestimmen lassen, gestalten sich auch die Handlungsempfehlungen dementsprechend individuell. Die Ressourcen der Kinder, unabhängig davon, welche es sein können, zu berücksichtigen, sollte in jedem Fall bestehen bleiben. Ergänzend dazu, sollte versucht werden, bei den einzelnen Problemen des Kindes anzusetzen, ohne die gesamte Person des Kindes dadurch zu definieren (vgl. Abelein/Stein 2017: 85). Anhand der verschiedenen, dargestellten Handlungsempfehlungen für Interventionsmöglichkeiten aus der Kognitiven Verhaltenstherapie sowie im Hinblick auf die professionelle Haltung eines/r PSA bei Kindern mit AHDS, zeigt sich, dass sich Interventionen ergeben, die betroffene Kinder direkt oder indirekt förderlich unterstützen können. Durch die jeweiligen Beobachtungsberichte wurde versucht die Verständnislage einer PSA im täglichen Umgang mit der Erkrankung ADHS zu sensibilisieren und gleichzeitig aufzuzeigen, welche Handlungsanforderungen sowohl an die/der PSA, als auch an das betroffene Kind gestellt werden. Ein wichtiger Punkt, der in den Ausführungen vermehrt und wiederkehrend deutlich wird, ist, dass sich förderliche Handlungsempfehlungen stets aus der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Kindes sowie der Berücksichtigung und Zusammenarbeit der Eltern und der sozialen Einbettung des Kindes ergeben. Dieser Gedanke wird in der folgenden Abschlussdiskussion weiter ausgeführt.

5 Abschlussdiskussion

Als benötigte Voraussetzung für eine erfolgreiche Förderung im ADHS- Entwicklungsprozess kann eine Berücksichtigung aus den drei Komponenten des betroffenen Kindes, der Eltern sowie des sozialen Umfeldes die benötigte angesehen werden. Diese Überlegung wurden aus einer kritischen Auseinandersetzung mit den zwei Bereichen der Kognitiven Verhaltenstherapie und der professionellen Haltung einer/eines PSA, hergeleitet werden. Bei der Kognitiven Verhaltenstherapie formt der kollaborative Charakter die grundlegende Basis der Intervention. Der Einbezug des Kindes wird als ausschlaggebender Punkt für eine zielführende Umsetzung der Therapieansätze angesehen. Problematisch wird es ab dem Punkt, wenn sich beim betroffenen Kind eine fehlende Motivation bemerkbar macht (vgl. Stallard 2015: 86). Es kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass betroffene Kinder fähig sind, ihre persönlichen Zielsetzungen auszuformulieren und diese anzuwenden. Insbesondere für die Umsetzung einer verbesserten Handlungsorganisation ist ein erfolgreicher Förderprozess nur zu erreichen, wenn die Verinnerlichung der Abfolge der Arbeitsschritte regelmässig wiederholt und angewendet wird.

Dementgegen spricht sich Moor gegen die Generalisierung von verhaltenstherapeutischen Handlungsansätzen aus und insistiert auf das primäre Verstehen des Verhaltens, da er den Standpunkt vertritt, dass, «allgemeine Rezepte, die auf ein bestimmtes, äusserlich gekennzeichnetes Verhalten passen, gibt es nicht» (Moor 1965: 16 zit. nach Stiehler 2007: 109). Für ihn sind die Beweggründe des betroffenen Kindes ausschlaggebend und nicht nur seine Handlungen. Wer jedoch nicht versucht, das Verhalten des Kindes zu verstehen, sondern sich nur darauf beschränkt, es zu beschreiben, hat nach Moor den Bereich (heil-)pädagogisches Erfassen bereits verlassen (Moor 1965: 16 zit. nach Stiehler 2007: 109). An diesem Punkt zeigt sich die Relevanz der professionellen Haltung einer/eines PSA. Anhand einer transparenten Arbeitshaltung kann die/der PSA dem betroffenen Kind aufzeigen, inwiefern sein Verhalten zielführend oder hinderlich sein kann. Dabei wird das Schwergewicht nicht auf das Erreichen einer Zielsetzung gerichtet, sondern auf das Ergründen der Ursachen, warum dieser Prozess dem Kind schwerfällt und welche Gegebenheiten im sozialen Umfeld darauf Einfluss haben.

Ebenfalls kritisch zu betrachten ist der Einbezug von Eltern für den Erziehungsprozess des Kindes bei instabilen Familienverhältnissen. Hier ergibt sich ein Zwiespalt zwischen der Bedeutsamkeit, die Bezugspersonen des betroffenen Kindes am Entwicklungsprozess aktiv teilhaben zu lassen und das Bindungsverhältnis zu den Eltern zu festigen und der Gefahr, durch unstrukturierte, uneinheitliche Erziehungsansätze ein Überforderungsgefühl beim Kind auszulösen. Jedoch liegen mehrere Studien vor, die eine stabile Eltern-Kind-Betreuung im Entwicklungsprozess ADHS förderlich beeinflussen. Umso wichtiger ist es, die Eltern des betroffenen

Kindes durch Eltern-Training darauf vorzubereiten, wie sie ihr Kind mit ADHS bestmöglich in ihrem Erziehungsstil fördern können. Die dabei relevanten Aspekte, die zu beachten sind, lassen sich in einem verständnisvollen Umgang und positiven Agieren wiederfinden. Als Eltern sollte versucht werden dem Kind die Sicherheit zu geben, dass ihm die möglicherweise fehlende Akzeptanz in der Schule oder im sozialen Umfeld, Zuhause stets zugesichert ist und diese zusätzlich durch die Gewichtung der positiven Fähigkeiten verstärkt wird. Das betroffene Kind braucht das Gefühl, dass es von seinen Bezugspersonen in seiner Besonderheit verstanden wird und sich darauf verlassen kann, sodass es sich selbst sein kann und darin ermutigt wird. Dadurch kann sich das Kind einen «Rucksack an Selbstwert-Gepäck ansammeln», der benötigt wird, um sich den herausfordernden Lebenssituationen stellen zu können.

Es lässt sich erkennen, dass es nicht die eine richtige Handlungsempfehlung gibt. Der zentrale Punkt, der sich bei der Bearbeitung der vorgelegten Arbeit vermehrt herauskristallisiert, ist, dass die interaktionistische Betrachtungsweise als wertvoller Ansatz für die Ausrichtung bei Handlungsempfehlungen angesehen werden sollte. Aus interaktionistischer Perspektive werden Verhaltensauffälligkeiten als Zeichen für dahinterstehende Störungen im Personen-Umwelt-Bezug angesehen. Dabei werden sowohl Aspekte der Person, der jeweiligen Situation, der Umwelt und des Umfeldes gleichermaßen berücksichtigt. Es wird das komplexe wechselseitige Verhältnis zwischen den Bedingungen einer Situation einerseits und den Eigenarten einer Person andererseits untersucht (vgl. Abelein/Stein 2017: 173–174). Wenn das Handeln des Kindes misslingt, müssen beide Seiten betrachtet werden: Person sowie auch Situation. Daraus ergeben sich auch in beiderlei Hinsicht Fördervorschläge. Ein grosser Gewinn einer interaktionistischen Betrachtung von auffälligen Verhalten bzw. ADHS liegt womöglich in dem damit verbundenen Haltungsbewusstsein von Erziehungspersonen. Sofern es dem/der PSA gelingt, das auffällige Verhalten des Kindes nicht primär auf dessen normabweichende Besonderheiten zurückzuführen, sondern stattdessen die gesamten Rahmenbedingungen und Merkmale der gemeinsamen Erziehungssituation in den Vordergrund des eigenen Reflektierens und Handelns zu rücken, lässt sich die Chance eines differenzierten Umgangs und einer wirklichen Zusammenarbeit erhöhen. Es lassen sich unterschiedliche Handlungsempfehlungen individuell auf das betroffene Kind abgestimmt benennen. Die Relevanz dabei ist nicht, sich allein auf die Art der Handlungsempfehlungen zu konzentrieren, sondern von welchen Umständen und inwiefern diese miteinander verbunden und voneinander abhängig sind.

Resümierend kann gesagt werden, dass durch die Erarbeitung der vorgelegten Arbeit zum einen eine differenzierte Betrachtungsweise der Vielfalt von ADHS eröffnet wird, dass dazu verhelfen soll, dieses sonderbare Bild der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts(-Störung) besser verstehen zu können. Zum anderen lassen sich verschiedene Variationen von Handlungsempfehlungen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, sowie der professionellen Haltung

von Fachkräften ableiten, wobei alle Interventionsmöglichkeiten einen gemeinsamen Nenner haben. Der Nenner lässt sich als interaktionistische Betrachtungsweise bezeichnen, die eine multimodale Zusammenarbeit aller, am Entwicklungsprozess des betroffenen Kindes beteiligten Parteien ermöglicht.

5.1 Ausblick und weiterführende Fragen

Aufgrund des beschränkten Umfangs dieser Arbeit konnten gewisse Themen nicht oder nur begrenzt thematisiert werden. Ergänzend zu dieser Arbeit würden sich folgende Fragestellungen für weiterführende Ausführungen ergeben:

- Die vorgelegte Arbeit fokussierte sich auf Kinder und Jugendliche zwischen sechs bis zwölf Jahren im Heimkontext. Daraus ergibt sich die Frage, inwiefern sich das ADHS im Erwachsenenalter äussern kann und welche Handlungsansätze bzw. Therapievarianten sich dazu finden lassen. Zusätzlich wäre ein Erforschen von Untersuchungen zu Geschlechterdiskrepanzen bei ADHS ein weiterer Aspekt.
- Bezüglich der Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit ADHS liessen sich nebst der in der Arbeit thematisierten Kognitiven Verhaltenstherapie noch weitere Therapieprogramme wie beispielsweise das THOP für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten oder das Therapieprogramm SELBST für Jugendliche mit Selbstwert und Beziehungsstörungen näher betrachten.
- Als weiterführende Untersuchungsgegenstände lassen sich mögliche Kommunikationsweisen in Konfliktsituationen zusammenfassen. Durch eine vorliegende ADHS können herausfordernde Situationen bei Kindern und Jugendlichen begünstigt werden, worin eine gewisse Relevanz in Bezug auf eine gewaltfreie oder auch deeskalierende Kommunikation naheliegend ist und für das Agieren im pädagogischen Arbeitsfeld als hilfreich angesehen werden kann.
- Eine weitere offene Frage, der im Zusammenhang mit der vorgelegten Arbeit nachgegangen werden könnte, wäre, inwiefern alternative Therapieformen für Menschen mit ADHS, wie beispielsweise Diät-Behandlungen oder Spurenelementen-Behandlungen mit Magnesium und Zink (vgl. Döpfner/Frölich/Lehmkühl 2013: 40-41), sich als wirksam herausstellen könnten bzw. welche Studienergebnisse diesbezüglich vorliegen.

6 Schlusswort

Durch die Erstellung der vorgelegten Arbeit ermöglichte sich für die Verfasserin eine erweiterte Betrachtungsweise des «Störungsbild» ADHS. Das vertiefte Einlesen in die Fachliteratur öffnete für Sie die Türen zu einer sensibilisierteren Verständnisebene, wodurch vergangene Situationsmomente aufgearbeitet werden konnten und sich neue Herangehensweisen herausgliederten. Während des Bearbeitungsprozesses wurde die Bezeichnung «Störungsbild» für das ADHS oftmals verwendet. Dies erachtet die Verfasserin der Arbeit als fehlerhafte Betitelung für diese aussergewöhnliche Verhaltensform. Denn diese stattet die Menschen mit Fähigkeiten aus, die ihnen – durch das Bewusstsein darüber – ermöglichen, sich in ihrer Einzigartigkeit maximal zu entfalten und dabei Aussergewöhnliches erreichen zu können. An diesem Punkt setzt der Aufgabenbereich eines/er PSA an: Kinder mit ADHS in ihrer Besonderheit anzunehmen und sie darin zu fördern. Dabei ist der zentrale Aspekt das Erkennen und Verstehen dieser Besonderheit, damit ergänzend dazu auf individuelle, ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen zurückgegriffen werden kann. Verglichen mit einem Buch stellt die ADHS einen facettenreichen, komplexen sowie auch einen sehr wertvollen Roman dar, in dem jede Seite eine eigene Bedeutung einnimmt und der Anspruch für Fachkräfte sowie der Bezugspersonen darin bestehen sollte, sich nicht nur die Kurzzusammenfassung auf dem Buchrücken durchzulesen, sondern das gesamte Buch zu studieren, um den Inhalt des Romans verstehen zu können.

Literaturverzeichnis

- Abelein, Phillipp/Stein, Roland (2017). Förderung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Aust-Claus, Elisabeth/Hammer, Petra-Marina (2002). Das A-D-S-Buch. Neue Konzentrations-Hilfen für Zappelphilippe und Träumer. Ratingen: Oberstebrink.
- AvenirSocial – Soziale Arbeit Schweiz (Hg.) (o.J.) Berufsbild der professionellen sozialen Arbeit. URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS_Berufsbild_DE_def_1.pdf [Zugriffdatum: 04.04.2020]
- Banaschewski, Tobias/Sonuga-Barke, Edmund J.S. (2008). Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: Petermann, Franz (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 257–276.
- Barkley, A. Russel (1987). Defiant Children. A Clinicians Manual for Parent Training. New York: Guilford Publications.
- Barkley, A. Russel (1997). ADHD and the Nature of Self-control. New York: The Guilford Press.
- Bollnow, Otto Friedrich (1979). Über die Tugenden des Erziehers. In: Pädagogik der Schule in Ost und West, 2/1979, S. 29–34.
- Cruikshank, William M. (1981). Schwierige Kinder und Jugendliche in Schule und Elternhaus. Förderung lern- und wahrnehmungsgestörter Kinder und Jugendlicher. Berlin: Marhold.
- Derschau, Dietrich (1974). Die Erzieherausbildung. Bestandsaufnahme und Vorschläge zur Reform. München: Juventus Verlag.
- Döpfner, Manfred (2003). Hyperkinetische Störungen. In: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Aufl. Enke. Stuttgart: S. 172–196.
- Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lehmkuhl, Gerd (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Drüe, Gerhild (2007) ADHS Kontrovers. Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Fegert Jörg M./Eggers, Christian/Resch, Franz (Hg.) (o.J.). Neurologen und Psychiater im Netz, Ausprägung und Symptome von Störungen des Sozialverhaltens. URL: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/erkrankungen/stoerungen-des-sozialverhaltens/stoerungsbild/> [Zugriffdatum: 22.Februar 2020].
- Freitag, M. Christine/Retz, Wolfgang (Hg.) (2007). ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Frölich, Jan/Döpfner, Manfred/Banaschewski, Tobias. (2014). ADHS in der Schule und Unterricht. Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts. Stuttgart: Kohlhammer.

- Gawrilow, Caterina (2012). Lehrbuch ADHS. Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gawrilow, Caterina/Guderjahn Lena/Gold, Andreas (2013). Störungsfreier Unterricht trotz ADHS. Mit Schülern Selbstregulation trainieren- ein Lehrermanual. München: Reinhardt.
- Gawrilow, Caterina/Schmitt, Kathrin/Rauch, Wolfgang(2011). Kognitive Kontrolle und Selbstregulation bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Kindheit & Entwicklung, 20, S. 41–48.
- Gerspach, Manfred (2014). Generation ADHS – den «Zappelphilipp» verstehen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Gintzel, Ullrich (2007). Kompetenz erziehen. Qualifikation in und für die Erziehungshilfe. In: Jugendhilfe, H.4., 179–186.
- Günder, Richard (2015). Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 5. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Hartmann, Thom (2009). Eine andere Art, die Welt zu sehen. Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Eine praktische Lebenshilfe für aufmerksamkeitsgestörte Kinder und Jugendliche. 12. Auflage. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Heil, Gerlinde/Effinger, Iris/Wölfl, Edith (2007). Schüler mit ADHS verstehen, fördern und stärken. Massnahmen und Methoden für Lehrer aller Schularten. In: Janssen- Cilag GmbH (Hrsg.). Schule macht schlau. Freunde machen stark. Neuried: CARE-LINE GmbH. 1- 60.
- Hillebrand, Clemens/Pütz, Kathrin (2008). KlasseKinderSpiel. Spielerisch Verhaltensregeln lernen. Hamburg: Edition Körber-Stiftung.
- Hotz, Sandra (2018). Kinder Fördern Handlungsempfehlungen zum Umgang mit AD(H)S im Entscheidungsprozess. URL: <https://www.zhaw.ch/storage/hochschule/medien/news/adhs-kinder-foerdern-brosch-online.pdf> [Zugriffdatum: 03.Juni 2020].
- Kemmerich, Rudolf (2017). ADHS von A bis Z. Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Krowatschek, Dieter (2009). Alles über ADS. So fördern Sie ihr Kind. Düsseldorf: Patmos Verlag.
- Lachenmeier, Heiner (2015). ADHS im Job. URL: https://adhs20plus.ch/media/filer_public/b8/36/b8369727-f071-4865-8b4b-245237dcda92/adhsjoblachenmeier2015.pdf [Zugriffdatum 30.März 2020].
- Moor, Paul (1965). Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch. 2. Aufl. Bern: Huber.

- MTA Cooperative Group. Swanson, James/ Arnold, L. Eugene/Kraemer, Helena/Hechtmann, Lily/Molina, Brooke/Hinshaw, Stephen/Vitiello, Benedetto/ Jensen, Peter/Steinhoff, Ken/Lerner, Marc/Greenhill, Laurence/Abikoff, Howard/Wells, Karen/Epstein, Jeffery/Elliott, Glen/Newcorn, Jeffrey/Hoza, Betsy/Wigal, Timothy (2008a). Evidence, interpretation and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). Part 1. Executive summary. In: *Journal of Attention Disorders*, 12 (1), S. 4–14.
- MTA Cooperative Group. Swanson, James/Arnold, L.Eugene/Kraemer, Helena/Hechtmann, Lily/Molina, Brooke/Hinshaw, Stephen/Vitiello, Benedetto/ Jensen, Peter/Steinhoff, Ken/Lerner, Marc/Greenhill, Laurence/Abikoff, Howard/Wells, Karen/Epstein, Jeffery/Elliott, Glen/Newcorn, Jeffrey/Hoza, Betsy/Wigal, Timothy (2008b). Evidence, interpretation and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). Part 2. Supporting Details. In: *Journal of Attention Disorders*, 12 (1), S. 15–43.
- Müller, Andreas/Candrian, Gian/Kropotov, Juri (2011). *ADHS Neurodiagnostik in der Praxis*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Neuhaus, Cordula (2009). *Jugendliche mit AD(H)S. Wie Erwachsenwerden gelingt*. Freiburg: Urania.
- Neuhaus, Cordula (2012). *ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung*. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Rogers, Carl (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting Psychology*, 21/2, S. 95–103.
- Satterfield, James H./Satterfield, Breena T./Schell, Anne M. (1987). Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, S. 56–64.
- Sauvain, Michèle (2017). *Leben mit ADHS. 10 Fakten zu ADHS*. URL: <https://www.srf.ch/sendungen/dok/10-fakten-zu-adhs> [Zugriffsdatum: 25. Mai 2020].
- Schlarb, Angelika (2012). *Praxisbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Strategien und Leitfäden*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schütz, Astrid (2005). *Je selbstsicherer, desto besser? Licht und Schatten positiver Selbstbewertung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Schwabe, Mathias (2008). *Zwang in der Heimerziehung? Chancen und Risiken*. München: Ernst Reinhardt GmbH.
- Simchen, Helga (2015). *AD(H)S – Hilfe zur Selbsthilfe. Lern- und Verhaltensstrategien für Schule, Studium und Beruf*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Simchen, Helga (2020). *Die vielen Gesichter des AD(H)S. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln*. 5. überarbeitete Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Smith, Alan L./Hoza, Betsy/ Linnea, Kate /McQuade, Julia D./Tomb, Meghan./Vaughn, Aaron J./Shoulberg, Erin K./Hook, Holly (2011). Pilot Physical Activity Intervention Reduces Severity of ADHD Symptoms in Young Children. *Journal of Attention Disorders*. Online veröffentlicht vor Druck: 25. August 2011. Doi: 10.1177/1087054711417395.

- Spröber, Nina/Grieb, Jasmin (2012). KVT bei hyperkinetischen Störungen. In: Schlarb, Angelika (Hg.). Praxisbuch KVT mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Strategien und Leitfäden. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz. S. 57–86.
- Statistisches Bundesamt (2014). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform 2012. Wiesbaden.
- Stallard, Paul (2015). Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Ein Arbeitsbuch. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Stiehler, Miriam (2007). Konzentrationserziehung statt AD(H)S-Therapie. Ein Modell nach Paul Moor. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Tausch, Reinhard/Tausch, Anne-Marie (1998). Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person. Göttingen: Hogrefe.
- Varni, J.W./Henker, B. (1979) A self-regulation approach to the treatment of three hyperactive boys. In: Child Behaviour Therapy, 1,171–192.
- Wilens, TE. (2003). Does the medicating ADHD increase or decrease the risk for later substance abuse? Revista Brasileira de Psiquiatria 25: 127- 128.
- ZiFF-Fortbildung (Hg.) (2020). URL: <https://www.ziff.de/ziff-lexikon/token-system/>. [Zugriffsdatum: 22. Juni 2020].

Bachelor-Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor-Thesis

Name, Vorname:

Schudel, Olivia

Titel/Untertitel Bachelor-Thesis:

Ressourcenorientierte Handlungsempfehlungen bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS

Eine Betrachtungsweise möglicher, ressourcenorientierter Handlungsempfehlungen für Professionelle der Sozialen Arbeit in der Betreuungsarbeit von Kindern zwischen sechs bis zwölf Jahren mit diagnostiziertem Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im stationären Heimkontext

Begleitung Bachelor-Thesis:

Beate Knepper

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 14. Juli 2020

Unterschrift:.....

