

Interventionsmöglichkeiten bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS im Kontext einer stationären Erziehungshilfe

Eine Zusammenfassung und Reflexion verschiedener
Interventionsmöglichkeiten, welche die Emotionsregulation von Kindern
mit diagnostiziertem ADHS, im Alter von sechs bis zwölf Jahren, in
einem Schulheim fördern.

Bachelor Thesis von Sabrina Fleury

Eingereicht bei Stephan Kösel

Juni 2015

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,

Fachhochschule Nordwestschweiz

Standort Basel

Abstract

In der vorliegenden Bachelor Thesis wird mit Hilfe von Fachliteratur herausgearbeitet, welche Interventionsmöglichkeiten existieren, um die Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), im Alter von sechs bis zwölf Jahren, in einer stationären Erziehungshilfe resp. einem Schulheim, zu fördern. Um die Realisierbarkeit verschiedener Interventionsmöglichkeiten reflektieren zu können, werden die einzelnen Faktoren, die für eine Realisierbarkeit notwendig sind, genauer beleuchtet und die Zusammenhänge erläutert.

Demzufolge werden das ADHS und dessen Symptome genauer betrachtet und in Folge dessen die Auswirkungen des ADHS auf die Emotionale Kompetenz von Kindern differenziert dargelegt. Dadurch wird deutlich, dass die emotionale Selbstregulation bei Kindern mit ADHS eine komplexere Entwicklungsaufgabe darstellt, als für Kinder ohne ADHS-Diagnose und ein Förderbedarf bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS bezüglich ihrer Fähigkeit zur Emotionsregulation, bestehen kann. Zum Schluss dieser Arbeit werden verschiedene Interventionsmöglichkeiten und deren Reflexionen zusammengetragen, die den Professionellen der Sozialen Arbeit Aufschluss darüber geben, welche Interventionsmöglichkeiten existieren, wie diese Wirken, wie Realisierbar diese in einer stationären Erziehungshilfe, wie beispielsweise einem Schulheim, sind und welche Aufgabe die Professionellen dabei übernehmen sollen, um eine bestmögliche Unterstützung und Förderung der Kinder mit diagnostiziertem ADHS zu gewährleisten. Durch diese kritische Reflexion stellt sich heraus, dass Interventionsmöglichkeiten bestehen, welche, als Ergänzung zum pädagogischen Alltagshandeln, die Kinder mit ADHS in ihrer Fähigkeit zur Emotionsregulation fördern können.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 Die Problem- und Fragestellung	5
1.2 Zugang zum Thema	5
1.3 Strukturierung und Aufbau der Arbeit.....	6
2. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	8
2.1 Die Diagnose und Symptomatik des ADHS	9
2.1.1 Das Klassifikationssystem DSM-IV	11
2.1.2 Das Klassifikationssystem ICD-10.....	13
2.1.3 Die Klassifikationssysteme im Vergleich	14
2.2 Die drei Kernsymptome des ADHS	15
2.2.1 Die Unaufmerksamkeit	15
2.2.2 Die Hyperaktivität	17
2.2.3 Die Impulsivität	18
2.3 Weitere Charaktermerkmale von Kindern mit der Diagnose ADHS	19
2.3.1 Die Selbstregulation.....	19
2.3.2 Die Emotionsregulation	20
2.3.3 Das Selbstwertgefühl und das Fordern von Aufmerksamkeit	21
2.3.4 Störungen des Sozialverhaltens	22
2.3.5 Lernstörungen.....	23
2.4 Die Ressourcen und Stärken von Kindern mit diagnostiziertem ADHS.....	24
2.5 Der Entwicklungsverlauf des ADHS	25
2.6 Das System der Erziehungshilfeeinrichtung und ADHS.....	28
2.6.1 Definition Heimerziehung	29
2.6.2 Die Ziele der Heimerziehung.....	30
2.6.3 Die Betreuungsformen innerhalb der Heimerziehung	33
2.7 Das ADHS in einer Erziehungshilfeeinrichtung	35

3. Die Emotionale Kompetenz von Kindern mit diagnostiziertem ADHS.....	37
3.1 Definition Emotionen.....	38
3.2 Die Entwicklung der emotionalen Kompetenz.....	39
3.3 Die Fähigkeit zur Emotionsregulation.....	41
3.4 Die Auswirkung des ADHS auf die Fähigkeit zur Emotionsregulation.....	43
4. Die Interventionsplanung zur Förderung der Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS.....	46
4.1 Definition der Interventionsplanung.....	46
4.2 Die Aufgaben und das Vorgehen.....	47
4.2.1 Die Ziele einer Förderung der emotionalen Kompetenz von Kindern mit ADHS.....	48
4.3 Die Interventionsmöglichkeiten, zur Förderung der Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS, in einer Erziehungshilfeeinrichtung.....	49
4.3.1 Strukturierende Massnahmen.....	50
4.3.2 Klare und konsequente Regeln.....	52
4.3.3 Der Verstärkerplan.....	54
4.3.4 Die Wenn-Dann-Pläne.....	56
4.3.5 Selbstinstruktionen.....	58
4.3.6 Die Stärken des Kindes hervorheben.....	60
4.3.7 Die Entspannung.....	61
4.4 Schlussfolgerung.....	64
5. Schlusswort.....	66
6. Danksagung.....	67
7. Quellenverzeichnis.....	68
7.1 Literaturquellen.....	68
7.2 Internetquellen.....	70
8. Ehrenwörtliche Erklärung.....	71

1. Einleitung

1.1 Die Problem- und Fragestellung

Ich absolvierte bereits vor, wie nach dem Studium, mehrere Praktika in verschiedenen Erziehungshilfeeinrichtungen bzw. Schulheimen für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis sechzehn Jahren. Hauptsächlich begleitete ich Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren, bei welchen ein ADHS diagnostiziert wurde. Im Laufe der zweieinhalb Jahre als Praktikantin, in einer solchen Institution, wurde mir immer wieder die Erfahrung zu Teil, dass Kinder mit diagnostiziertem ADHS die Professionellen der Sozialen Arbeit immer wieder vor neue Anforderungen und manchmal auch vor grosse Herausforderungen stellen, welche die Professionellen an ihre Grenzen bringen können. Für mich persönlich erscheint es wichtig, das ADHS und seine Komplexität zu verstehen und zu akzeptieren und betroffene Kinder entsprechend ihren Möglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen zu fördern, ihnen neue Strategien aufzuzeigen und diese mit ihnen zu trainieren, sowie bereits effektive Strategien zu festigen.

Aufgrund dessen stellt sich die Frage: Wie gelingt diese bedeutungsvolle Aufgabe? Und welche Interventionsmöglichkeiten können Professionelle der Sozialen Arbeit im Kontext eines Schulheims anwenden, um diese Aufgabe zu bewältigen?

Die Beantwortung dieser Frage ist sehr komplex und vielschichtig. In der Fachliteratur sind verschiedene Ansatzpunkte und Ansichten sowie unterschiedliche methodische Vorgehen von Fachleuten zu finden, die unterschiedliche Aspekte von direkter oder indirekter Förderung beinhalten. In der Fachliteratur werden viele Interventionsmöglichkeiten diskutiert, welche sich positiv auf die Entwicklung und die Fähigkeit zur gelingenden Alltagsbewältigung von Kindern mit diagnostiziertem ADHS auswirken sollen.

Das ADHS beinhaltet verschiedene Symptome, die bei einem Kind mit Diagnose auftreten können. Eines dieser Symptome sind mögliche Defizite in der Emotionsregulation. Diese Tatsache bewog mich, in meiner Bachelor Thesis, mit Hilfe von Fachliteratur, herauszuarbeiten, welche Förder- bzw. Interventionsmöglichkeiten existieren, um die Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS, im Alter von sechs bis zwölf Jahren, im Kontext einer Erziehungshilfeeinrichtung resp. einem Schulheim, zu fördern.

1.2 Zugang zum Thema

In meinen Praktika in verschiedenen Schulheimen für verhaltensauffällige Kinder, war eine meiner Hauptaufgaben, als Sozialpädagogin in Ausbildung, die Kinder und Jugendlichen, welche in diesen Schulheimen wohnhaft waren, in ihrer Entwicklung und in der Bewältigung

ihres Alltags zu unterstützen und zu begleiten. Ich absolvierte ein einjähriges Praktikum auf einer Wohngruppe mit sechs Knaben, bei welchen das ADHS diagnostiziert wurde. Während der Unterstützung und Begleitung dieser sechs Knaben erlebte ich verschiedene Situationen, die sowohl für mich, wie auch für das jeweilige Kind, anspruchsvoll waren. Diese Situationen konnten beispielsweise von Wutanfällen und Verweigerungen seitens des Kindes und Ratlosigkeit meinerseits geprägt sein. Auch bei Rücksprachen mit anderen Professionellen der Sozialen Arbeit verspürte ich des Öfteren den Eindruck einer Unsicherheit bezüglich des richtigen Umgangs mit Situationen wie diesen. Aufgrund dessen entschied ich mich dazu, der oben formulierten Fragestellung nachzugehen.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht verschiedene Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen, die im Kontext einer Erziehungshilfeeinrichtung, in dieser Arbeit am Praxisbeispiel eines Schulheims, und in Berücksichtigung einer ADHS-Diagnose, möglich wären und welche Wirksamkeit diese zur Folge haben könnten. Es ist nicht das Ziel dieser Arbeit, die einzig richtige Interventionsmöglichkeit vorzustellen oder zu kategorisieren, welche Interventionsmöglichkeiten schlecht und welche gut sind. Es soll dargelegt werden, mit welcher Haltung und Zugangsweisen die Professionellen der Sozialen Arbeit den Kindern mit diagnostiziertem ADHS begegnen sollen, um ihnen bestmögliche Voraussetzungen zu ermöglichen.

1.3 Strukturierung und Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst vorgestellt, wie eine Diagnose des ADHS erfolgt. Dazu werden die beiden gebräuchlichsten Klassifikationsmodelle, das DSM-IV und das ICD-10, vor- und gegenübergestellt. Um das ADHS und seine Komplexität besser zu verstehen, werden die Symptome des ADHS und deren Entwicklungsverlauf, sowie die Ressourcen und Stärken von Kindern mit diagnostiziertem ADHS aus verschiedener Fachliteratur zusammengefasst. Danach wird das Thema des ADHS kurz ausser Acht gelassen, um das System der Erziehungshilfeeinrichtung vorzustellen, bzw. vertieft auf die Heimerziehung und deren Ziele einzugehen. Dies wird absichtlich so gemacht, da die Klientel einer solchen Institution nicht nur aus Kindern mit diagnostiziertem ADHS besteht und sich die vorgestellten Prinzipien und Handlungskonzepte auf alle Kinder und Jugendlichen, welche in einem Heim wohnhaft sind, beziehen. Anhand eines Praxisbeispiels, dem Schulheim ‚Gute Herberge‘, wird dargelegt, wie die theoretischen Ansätze und Handlungsmaxime der Heimerziehung in der Realität umgesetzt werden können. Um das Kapitel des ADHS abzuschliessen wird dann erläutert, wie das ADHS mit dem System der Erziehungshilfeeinrichtung verknüpft ist.

Um die Fördermöglichkeiten der Emotionsregulation vorzustellen, bedarf es zunächst einer Definition von Emotionen bzw. der emotionalen Kompetenz und wie sich diese entwickelt. Es soll daraus hervorgehen, welche Unterschiede der emotionalen Kompetenz bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS, im Gegensatz zu Kindern ohne Diagnose, bestehen. Aus diesen

Unterschieden und möglichen Defizite von Kindern mit ADHS, lassen sich die Förderziele ableiten, welche wiederum zu den Interventionsmöglichkeiten führen. Zuerst wird anhand einer Interventionsplanung geklärt, welche Aufgaben und welches Vorgehen diese Interventionsmöglichkeiten beinhalten und welche Förderziele angestrebt werden. Danach werden verschiedene Interventionsmöglichkeiten aufgeführt, die in der Fachliteratur als Förderung der emotionalen Selbstregulation von Kindern mit ADHS diskutiert werden. Dabei ging es nicht darum, so viele Interventionsmöglichkeiten aufzulisten, wie nur möglich, sondern ein breites Spektrum an verschiedenen Interventionen mit verschiedenen Methoden und Aspekten vorzustellen. Diese Interventionsmöglichkeiten werden in der Fachliteratur diskutiert, jedoch wird nicht reflektiert, wie diese Interventionen im Kontext eines Schulheims umgesetzt werden und welche Wirkungen sie erbringen. Aufgrund dessen werde ich versuchen, die Interventionen kritisch zu reflektieren, bezüglich deren Wirkung und Realisierbarkeit im Kontext eines Schulheimalltags und welche Aufgaben den Professionellen der Sozialen Arbeit zufallen.

Abschliessend möchte ich erwähnen, dass im Folgenden von weiblichen und männlichen Kindern mit diagnostiziertem ADHS im Alter von sechs bis zwölf Jahren gesprochen wird. Die vorgestellten Interventionsmöglichkeiten werden aufgrund dessen geschlechtsneutral gehalten und sollen bei der Entwicklungsunterstützung und Alltagsbewältigung von verhaltensauffälligen Kindern behilflich sein.

2. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

In der heutigen Gesellschaft ist das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) stetig im Gespräch. Nach In-Albon (2013:117) stellt ADHS mit ca. 5% eine der häufigsten Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters dar „wobei Jungen (7,7%) deutlich häufiger betroffen sind als Mädchen (1,8%) und ein Anstieg über die Altersgruppen zu verzeichnen ist.“

Der Begriff ‚Syndrom‘ wird als Bezeichnung für eine Gruppe von Symptomen, welche gemeinsam auftreten, sich anhäufen und einen gemeinsamen Krankheitsverlauf einnehmen, verwendet. Bei einem medizinischen Syndrom ist charakteristisch, dass der oder die einzelne Betroffene nicht alle möglichen Symptome aufweist. Für Kinder mit ADHS bedeutet dies beispielsweise, dass ein Kind hauptsächlich zwei Symptome zeigt ohne dass andere Symptome auftreten müssen (Wender 2002:35). In der vorliegenden Arbeit wird deshalb von einem medizinischen Syndrom und nicht von einer Störung gesprochen.

Im Zusammenhang mit dem ADHS wird häufig das Wort ‚Modediagnose‘ oder ‚Wunschkrankheit‘ erwähnt. Angebliche Ursachen für das unerwünschte Verhalten von Kindern mit diagnostiziertem ADHS seien falsche Erziehung, übermäßiger Medienkonsum, zu wenig körperliche Bewegung etc. Obwohl die Entstehungsursachen immer noch nicht vollständig geklärt worden sind, wird aber von einer Funktionsstörung im Gehirn ausgegangen, welche für die Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich sein soll. Auf einem Informationsportal für psychische Gesundheit und Nervenerkrankungen wird, von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz, die Ursache von ADHS mit Hilfe eines neurobiologischen Erklärungsmodells dargelegt (vgl. www.neurologen-und-psiater-im-netz.org).

Dieses neurobiologische Erklärungsmodell geht davon aus, dass in bestimmten Hirnabschnitten das sensible System der Neurotransmitter resp. Botenstoffe Dopamin, Serotonin und Noradrenalin, welche die Reize von einer Nervenzelle zur nächsten weiterleiten, in ein Ungleichgewicht geraten ist. Diese Neurotransmitter sind für den Antrieb, die Steuerung der motorischen Aktivität sowie für die Steuerung der Emotionen verantwortlich. Die Botenstoffe beeinflussen sich gegenseitig in ihrer Funktion, wodurch dieses Ungleichgewicht entsteht. Aufgrund dessen sollen die ankommenden Reize nicht ausreichend gefiltert werden und es entsteht eine Reizüberflutung. Typische Symptome dieser Reizüberflutung bzw. dem ADHS sind hyperaktives, impulsives und unaufmerksames Verhalten. Zusätzlich zum neurobiologischen Erklärungsmodell wird aber auch vermutet, dass genetische Faktoren ebenfalls zu den Entstehungsursachen gehören. Es wird angenommen, dass die strukturellen oder neurochemischen Funktionen im Gehirn von Generation zu Generation weiter vererbt

werden. Ausserdem kamen Forscher zum Schluss „dass eine Vielzahl einzelner genetischer Einflussfaktoren mit anderen Einflussfaktoren, wie z.B. mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen oder auch Umweltfaktoren zusammenwirken und so Entwicklungsabweichungen neuronaler Regelkreise zustande kommen, die für die Entwicklung der Symptomatik verantwortlich sind.“ (vgl. www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org.)

Im folgenden Kapitel wird das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom genauer beleuchtet. In einem ersten Schritt wird vertieft auf die Kernsymptome und die charakteristischen Merkmale des ADHS eingegangen. Es wird versucht die ausschlaggebenden Faktoren, welche eine Rolle bei der Diagnose von ADHS spielen, herauszuarbeiten und zu definieren. Anschliessend wird der Entwicklungsverlauf des ADHS, die damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen für Kinder mit der ADHS-Diagnose, aufgezeigt. Die vorgestellten Symptome müssen nicht zwangsläufig bei jedem betroffenen Kind auftreten. Sie werden hier jedoch aufgeführt, um eine möglichst umfassende Aufzählung zusammenzutragen.

2.1 Die Diagnose und Symptomatik des ADHS

Nach Neuhaus (2012:114) ist die Voraussetzung für eine möglichst sichere Diagnose die entsprechend sorgfältige Erhebung der gesamten Vorgeschichte durch eine Befragung der Mutter, des Vaters und anderen Bezugspersonen und durch ein Gespräch mit dem betreffenden Kind, sowie einer Beobachtung des Verhaltens des Kindes durch eine erfahrene Fachperson. Diese Fachperson ermittelt durch die gesammelten Informationen aus den Gesprächen und verschiedenen Fragebögen die Häufigkeit und den Schweregrad der Symptomatik (vgl. Wender 2002:15). Als Fachpersonen werden hier Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie klinische Psychologinnen und Psychologen (psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten) und den spezialisierten Hausärztinnen und Hausärzten verstanden. Für Neuhaus steht fest:

„Die Diagnose ADHS kann nicht von Erziehern, Lehrern, auch nicht von Sonderschullehrern oder Beratungslehrern, Ergotherapeuten, keinesfalls von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Krankengymnasten, Logopäden, Heilpraktikern etc. gestellt werden.“ (Neuhaus 2012:114)

Die Diagnose eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms erfordert zusätzlich, zu der oben genannten Erhebung, die Berücksichtigung resp. die Kombinierung vorgegebener Kriterien eines Klassifikationsmodelles von Aufmerksamkeitsstörungen. Um eine ADHS-Diagnose vorzunehmen, orientieren sich die dafür zuständigen, weiter oben erwähnten Fachkräfte häufig an den zwei gebräuchlichsten Klassifikationsmodellen, am DSM (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostisches und statistisches Handbuch psychiatrischer Störungen) oder am ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Internationale statistische Klassifikationen der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme). Das DSM ist ein Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association und das ICD ist das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem für Diagnosen und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Im DSM-IV wird das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom unter der Rubrik „Aufmerksamkeitsdefizit- und Soziale Verhaltensstörungen“ und im ICD-10 als „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ oder als „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ erfasst (vgl. Gawrilow 2012:23).

In der Schweiz wird für die Kodierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM), also die deutsche Modifizierung, verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Das Bundesamt für Statistik Schweiz (BFS) zeigt auf, dass in der Schweiz hauptsächlich das führende, von der WHO entwickelte Klassifikationssystem ICD-10 (GM) verwendet wird. Dieses Klassifikationssystem wird, so das BFS, auch von den schweizerischen Krankenversicherungen zur Abrechnung von Leistungen favorisiert (vgl. www.bfs.admin.ch).

2.1.1 Das Klassifikationssystem DSM-IV

In der Folge wird die Klassifikation nach DSM-IV genauer ausgeführt. Aus dem Buch ‚Aufmerksamkeitsdiagnostik‘ von Heubrock und Petermann (2001) ist Folgendes zu entnehmen:

Für eine Klassifizierung müssen entweder Punkt 1) oder Punkt 2) zutreffen:

Punkt 1) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit müssen während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden sein

Unaufmerksamkeit	<p>Das betroffene Individuum</p> <ul style="list-style-type: none">• beobachtet meist Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten,• hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielaktivitäten aufrechtzuerhalten,• scheint oft nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen,• führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten),• hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,• vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerdauernde Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben),• verliert häufig Gegenstände, die es für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeuge),• lässt sich öfter durch äussere Reize ablenken,• ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.
------------------	---

Punkt 2) sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Hyperaktivität und Impulsivität müssen während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden sein.

Hyperaktivität	<p>Das betroffene Individuum</p> <ul style="list-style-type: none"> • zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum, • steht in der Klasse oder in einer anderen Situation, in der Sitzenbleiben angebracht wäre, häufig auf, • rennt häufig umher oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben), • hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten zu beschäftigen, • ist häufig ‚auf Achse‘ oder handelt oftmals, als wäre es getrieben, • redet häufig übermässig viel.
Impulsivität	<p>Das betroffene Individuum</p> <ul style="list-style-type: none"> • platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, • kann nur schwer warten bis es an der Reihe ist, unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele Anderer hinein)

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf. Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehreren Bereichen (z.B. in der Schule, bei der Arbeit und zu Hause). Es müssen deutliche Hinweise auf eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung des sozialen und/oder schulischen Verhaltens oder bei anderen Aktivitäten vorhanden sein. Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer tiefgehenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und werden auch nicht besser durch eine andere Störung beschrieben (z.B. Affektive oder Dissoziative Störung, Angst- oder einer Persönlichkeitsstörung). (Heubrock/Petermann 2001:44f.)

2.1.2 Das Klassifikationssystem ICD-10

Auch im ICD-10 wird zwischen Unaufmerksamkeit und Überaktivität als zwei verschiedenen Verhaltensmerkmale des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms unterschieden. Im Unterschied zum DSM-IV müssen aber sowohl Merkmale der Unaufmerksamkeit, wie auch Kriterien der Überaktivität und Impulsivität erfüllt sein.

Forschungskriterien des ICD-10 (nach Schlottke/Lauth 1996)

<p>Unaufmerksamkeit (Mindestens über sechs Monate müssen sechs Symptome vorhanden sein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unaufmerksamkeit gegenüber Details oder Sorgfaltsfehler, • Aufmerksamkeit kann bei Aufgaben oder bei Spielen häufig nicht aufrechterhalten werden, • Hören scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird, • Können oft Erklärungen nicht folgen, • Können häufig Aufgaben und Aktivitäten nicht organisieren, • Vermeiden ungeliebte Arbeiten • Verlieren häufig Gegenstände, • Werden häufig von externen Reizen abgelenkt, • Sind im Verlauf alltäglicher Verrichtungen oft vergesslich.
<p>Überaktivität (Mindestens über sechs Monate müssen mindestens drei Symptome vorhanden sein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Herumfuchteln mit den Händen und Füßen, • Platz im Klassenraum verlassen, • In unpassenden Situationen herumlaufen oder extensiv klettern, • Beim Spielen unnötig laut sein, • Trotz sozialer Einflussnahme ein anhaltendes Muster extensiver motorischer Unruhe an den Tag legen.
<p>Impulsivität (Mindestens über sechs Monate muss mindestens ein Symptom vorhanden sein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig mit der Antwort herausplatzen, • Nicht warten können, bis sie an der Reihe sind, • Andere häufig unterbrechen und stören, • Reden häufig exzessiv.

(vgl. nach Schlottke/Lauth 1996 in Heubrock/Petermann 2001: 47f.)

Zusätzlich gelten auch folgende Kriterien:

- Die Symptome beginnen vor dem siebten Lebensjahr des betroffenen Kindes
- Ausserdem sollen die Kriterien in mehr als einer Situation erfüllt sein
- Die Symptome verursachen ein deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit
- Die Störung darf nicht die Kriterien für eine tief greifende Entwicklungsstörung erfüllen, auch nicht diejenigen für eine manische oder eine depressive Störung

2.1.3 Die Klassifikationssysteme im Vergleich

Werden sich die beiden Klassifikationsmodelle gegenüber gestellt, fällt auf, dass die aufgezählten Eigenschaften oder Symptome im Groben und Ganzen identisch sind. Sie wurden lediglich unterschiedlich formuliert. Zudem fällt auf, dass beim DSM-IV von Hyperaktivität und beim ICD-10 von Überaktivität die Rede ist. In der Fachliteratur wurde diesbezüglich keine Begründung angegeben, ich vermute jedoch, dass diese unterschiedliche Benennung mit dem Erscheinungsjahr der Klassifikationssysteme zusammenhängt (das DSM-IV wurde 2001 verfasst, das ICD-10 im Jahre 1996) und der Begriff modernisiert wurde. Nicht nur in der Benennung dieser Rubrik unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme. Das DSM-IV führt den Aspekt des exzessiven Redens bei der Hyperaktivität auf, das ICD-10 führt es jedoch bei der Impulsivität auf. Im nachfolgenden Kapitel der Symptome vom ADHS möchte ich verdeutlichen, weshalb ich diesen Aspekt eher zur Impulsivität zähle.

Ein weiterer Unterschied der Klassifikationsmodelle lässt sich in der Anzahl vorhandener Symptome erkennen. Das DSM-IV unterteilt die Klassifizierung in Punkt 1) und Punkt 2), wobei sechs oder mehr Symptome während der letzten sechs Monate auftreten müssen, um eine Diagnose zu stellen. Das ICD-10 orientiert sich hingegen an mindestens sechs Symptomen bei der Unaufmerksamkeit, mindestens drei Symptomen bei der Überaktivität und mindestens ein Symptom bei der Impulsivität über eine Zeitspanne von sechs Monaten. Aufgrund dessen, dass weniger Symptome auftreten müssen, um das ADHS zu diagnostizieren, ermöglicht das ICD-10 eine Früherkennung des ADHS. Daraus ergeben sich für mich einerseits den Vorteil, dass durch die Früherkennung einer Entstehung von weiteren Symptomen entgegengewirkt werden kann, aber andererseits den Nachteil, dass eine Diagnose vorschnell gestellt werden kann, obwohl diese nicht notwendig wäre. Dies erfordert eine sehr differenzierte Analyse des Entwicklungsstandes des betreffenden Kindes, um die Abweichungen zum altersentsprechenden Entwicklungsstand herauszuarbeiten.

In meinen Praktika in verschiedenen Schulheimen wurde mit dem ICD-10 gearbeitet. Aufgrund dessen orientiere ich mich an diesem Klassifikationsmodell. Für die möglichen Interventionen

bei Kindern mit ADHS, welche ich in dieser Arbeit vorstellen werde, spielt diese Orientierung jedoch keine Rolle.

2.2 Die drei Kernsymptome des ADHS

In den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 wurden die drei Kernsysteme bereits oberflächlich vorgestellt. Im Folgenden wird nun vertieft auf die Kernsymptome des ADHS eingegangen. Die Kernsymptome des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) sind die Unaufmerksamkeit, die Hyperaktivität und die Impulsivität, auf welche sich alle Diagnosen von ADHS-Subtypen stützen sollen. Die erwähnten Symptome können, je nach Subtyp, unterschiedlich ausgeprägt sein und müssen nicht immer gleichzeitig auftreten. Die Unaufmerksamkeit kann als singuläres Symptom betrachtet werden, während die Hyperaktivität und die Impulsivität gemeinsam auftreten. Dies lässt sich beispielsweise im Klassifikationssystem DSM-IV erkennen, bei welchem die Symptome dementsprechend in zwei Gruppen aufgeteilt wurden. Von dieser Annahme ausgehend kann ein ADHS diagnostiziert werden (vgl. Gawrilow 2012:21).

Wenn von Subtypen die Rede ist, so werden genauer drei Subtypen gemeint, in die sich das ADHS unterscheiden lässt. Nach dem DSM-IV werden diese in (1) Kinder mit dem Subtyp der vorwiegenden Unaufmerksamkeit, (2) Kinder mit dem vorwiegend Hyperaktiv-impulsiven Subtypen und (3) Kinder mit ADHS des Mischtyps unterschieden. Beim ersten Subtyp treten die Verhaltensweisen, welche im Klassifikationsmodell DSM-IV weiter oben unter dem Abschnitt ‚Unaufmerksamkeit‘ beschrieben werden, auf. Dabei sind die Hyperaktivität und die Impulsivität eher unbedeutend. Beim zweiten Subtyp lassen sich ebenfalls die diesbezüglich bereits erwähnten Verhaltensweisen im DSM-IV-Modell beobachten, während die Merkmale der Unaufmerksamkeit eher weniger auftreten. Beim dritten Subtyp, dem sogenannten Mischtyp, treten beide Verhaltensweisen auf, also sowohl die Unaufmerksamkeit wie auch die Hyperaktivität und Impulsivität (vgl. Heubrock/Petermann 2001:46).

Um nun die einzelnen Bausteine bzw. die Kernsymptome zu verdeutlichen, sollen diese genauer erläutert werden.

2.2.1 Die Unaufmerksamkeit

Nach Gawrilow (2012:21) zeigt sich die Unaufmerksamkeit eines Kindes mit der ADHS-Diagnose in verschiedenen Lebensbereichen des Kindes, wie beispielsweise in ihrem Zuhause, im Schulalltag oder unter Gleichaltrigen. Daraus schliesst Gawrilow (2012:21), dass Kinder mit der Diagnose ADHS häufiger unkonzentriert sind und somit Schwierigkeiten haben dem Schulunterricht oder einem Spiel mit Gleichaltrigen zu folgen. Dies kann zur Folge haben, dass Kinder mit dieser Diagnose häufig Flüchtigkeitsfehler machen und Mühe damit haben,

Anweisungen und Instruktionen zu folgen. Simchen (2003:17) ergänzt, dass die Faszination und das Interesse an einer Sache oder eines Themas eine wichtige Rolle für die Qualität und die Zeitspanne der Konzentration des Kindes spielt. Die Konzentration kann jedoch auch durch eine Ablenkung oder durch das Abflachen des Interesses erheblich nachlassen. Für ein Kind mit diagnostiziertem ADHS ist es schwierig seine Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, vor allem dann, wenn es gelangweilt ist. Eine mögliche Reaktion auf diese Langeweile und die damit einhergehende innere Unruhe ist körperliche Bewegung (vgl. Simchen 2003:17). So kann es auch vorkommen, dass das Kind von einer Beschäftigung zur nächsten wechselt und nicht lange an einer Aufgabe oder an einem Thema verweilt. Auf diese motorische Unruhe wird im nachfolgenden Kapitel genauer eingegangen.

Ein weiterer Aspekt der Unaufmerksamkeit zeigt sich in der Vergesslichkeit der Kinder mit ADHS. Sie verfügen, so Simchen (2003:19), nur über einen geringen Arbeitsspeicher im Gehirn, weshalb sie die Reize in ihrer Umgebung nicht nach ihrer Wichtigkeit filtern können und aufgrund dessen verlieren oder vergessen sie das Öfteren Dinge. Auch bereitet es den Kindern grosse Mühe mehrere Anweisungen, welche auf einmal gegeben werden, auszuführen (vgl. Kahl 2012:53). Wender (2002:19) spricht diesbezüglich ganz klar von einer erhöhten Ablenkbarkeit bzw. einer verkürzten Aufmerksamkeitsspanne. Die Unaufmerksamkeit oder die gestörte Konzentrationsfähigkeit kann ebenfalls dafür verantwortlich sein, wenn ein Kind mit diagnostiziertem ADHS Schwierigkeiten beim Erledigen und Organisieren von Aufgaben und Aktivitäten hat. Das Beginnen der Hausaufgaben bereitet Kindern mit ADHS grosse Mühe, vor allem dann, wenn sie keine Lust dazu haben diese zu erledigen. Nach Simchen (2003:18) besitzen sie „kein Zeitgefühl, denken in Stunden und können sich gar nicht erst überwinden anzufangen.“ Zusätzlich unterbrechen Kinder mit ADHS häufig das Erledigen der Hausaufgaben, um etwas Anderes zu erledigen, das in diesem Moment für sie viel wichtiger erscheint. Diese Schwierigkeiten lassen sich vor allem dann erkennen, wenn die Kinder im Vergleich mit Gleichaltrigen eine Aufgabe bewältigen sollen (vgl. Simchen 2003:18).

Nach Wender (2002:19) verhalten sich Kinder mit der ADHS-Diagnose „nicht so wie es von ihrem Alter her zu erwarten wäre.“ Wenn beispielsweise ein Klein- oder Kindergartenkind ein Bilderbuch anschaut, kann das Kind mit ADHS das Buch nur selten zu Ende anschauen und springt von Beschäftigung zu Beschäftigung, während das Kind ohne ADHS-Diagnose bis zum Ende der Geschichte sitzen bleibt (vgl. ebd.:19). In den Schulberichten lässt sich dann lesen: „Seine Aufmerksamkeit kann nicht lange aufrechterhalten werden“. (vgl. Wender 2002:19).

Im Bereich der Schule wird dies besonders deutlich, wenn die Schülerin oder der Schüler den Anweisungen der Lehrperson nicht folgen kann. Zu viele Teilaufgaben stellen Kinder mit ADHS vor unüberwindbare Hürden. Dies kann dazu führen, dass Aufgaben zwar angefangen, aber

nur bis zur Hälfte erledigt werden. Oftmals wird dann das Nicht-beenden einer Aufgabe als Ungehorsam empfunden, was aber nicht unbedingt der Fall sein muss (vgl. Wender 2002:19).

2.2.2 Die Hyperaktivität

Gawrilow (2012:22) beschreibt in ihrem Lehrbuch des ADHS die motorische Hyperaktivität als das leichteste erkennbare Merkmal der Kinder mit ADHS. Diese körperliche Unruhe zeigt sich beispielsweise in übermäßigem Zappeln mit Händen und Füßen, Herumrutschen auf dem Stuhl und in unpassenden Situationen herumlaufen oder klettern. Vor allem in Situationen, in denen von ihnen erwartet wird sich ruhig zu verhalten, sind Kinder mit diagnostiziertem ADHS dazu nicht in der Lage (vgl. Gawrilow 2012:22).

Kinder mit diagnostiziertem ADHS sind immer in Bewegung. Sie rennen, stolpern und stürzen, klettern, fallen hin und stehen wieder auf. Bis hierhin unterscheidet sich das Kind mit ADHS nicht von einem aufgeweckten und bewegungsfreudigen Kind ohne ADHS. Dabei sind es kleine Merkmale, welche einen Unterschied ersichtlich machen. Beispielsweise erwähnt Köckenberger (2001:13) diesbezüglich die Unterschiede, dass Kinder mit ADHS überall anstossen und Wandecken, Türrahmen, herausragende Kanten und auf dem Boden herumliegende Hindernisse übersehen würden. Er erklärt sich dies durch ihre exzessiv-aktiven, unharmonischen und überstürzten resp. mangelhaft regulierten Bewegungen.

Der schnelle, sprunghafte Wechsel von Beschäftigungen, welcher bereits im Kapitel der Unaufmerksamkeit angesprochen wurde, kann auch auf die Hyperaktivität zurückgeführt werden. Die Kinder mit ADHS scheinen von einem Reiz zum nächsten zu jagen, ohne dabei eine Situation oder ein Spiel gänzlich auszukosten. Für die Umwelt kann dies eine gewisse Unruhe und Hektik bedeuten. Es wird der Eindruck vermittelt, die Kinder hätten Angst etwas zu verpassen oder zu kurz zu kommen (vgl. Köckenberger 2001:13).

Köckenberger (2001:13) vertritt die Ansicht, dass Kinder mit ADHS weiträumige und grobmotorische Bewegung den feinmotorischen Bewegungen vorziehen. Das kann daran liegen, dass bei Kindern mit ADHS verschiedene Koordinationsschwierigkeiten auftreten können, welche sich z.B. in Form einer Einschränkung der Feinmotorik äussert. Diese Schwierigkeiten lassen sich beim Malen und Zeichnen, beim nicht optimalen Schriftbild, beim Ausschneiden mit einer Schere oder beim Binden der Schnürsenkel erkennen, um nur einige Beispiele zu nennen (vgl. Wender 2012:29).

Durch die Hyperaktivität sind die Kinder meist angespannt, weshalb es ihnen schwer fällt sich zu entspannen oder einzuschlafen (vgl. Köckenberger 2001:13).

Der übersteigerte Bewegungsdrang eines Kindes mit der Diagnose ADHS kann, so Wender (2002:21), seine Aktivität nicht wie Gleichaltrige kontrollieren, muss aber auch nicht zwangsläufig immer unruhig sein (vgl. Wender 2002:22).

2.2.3 Die Impulsivität

Kinder mit der Diagnose eines ADHS sollen laut Gawrilow (2012:22) häufig mit Antworten und Fragen herausplatzen, meist in einer dafür unpassenden Situation. Simchen (2003:15) ergänzt, dass Kinder mit ADHS sehr viele Fragen stellen, jedoch deren Antworten nicht abwarten können. Das Abwarten oder Anstehen bis sie an der Reihe sind fällt ihnen schwerer als Kindern ohne ADHS. Weiter führt Simchen (2003:18) als Begründung für das nicht Abwarten-können die Vergesslichkeit von Kindern mit ADHS auf. Dazu schreibt sie, dass die Aktivierung des Langzeitgedächtnisses und die Informationsweiterleitungen aufgrund des Ungleichgewichts der Neurotransmitter zu langsam geschehen würde und die Kinder deshalb alles wieder vergessen würden. Deshalb das impulsive Herausplatzen mit Fragen, Antworten, Ideen und Gedanken.

Nach Kahl (2012:53) wird das Verhalten von Kindern mit ADHS vor allem durch sehr lautes Sprechen und Handeln, endlose Diskussionen mit Erwachsenen, Stimmungsschwankungen und emotionalen Ausbrüchen geprägt. Diese charakteristischen Merkmale sind häufig altersuntypisch bei Kindern mit einem diagnostizierten ADHS (vgl. Kahl 2012:53).

Ebenfalls altersuntypisch verhalten sich Kinder mit ADHS bezüglich der Impulsivität. Wender (2012:22) spricht sogar von einer ‚Störung der Impulskontrolle‘. Kinder mit ADHS durchleben häufigere und extremere Stimmungsschwankungen als ihre gleichaltrigen Spielkameradinnen und -kameraden oder Mitschülerinnen und -schüler.

Als ein weiteres Merkmal der Impulsivität bei Kindern mit ADHS benennt Wender (2002:23) „die herabgesetzte Fähigkeit zum Planen und Abwägen von Handlungen“. Kinder mit ADHS sollen völlig situativ-intuitiv und ungeplant Handeln. Er möchte damit verdeutlichen, dass auch hier die Kinder mit ADHS, im Vergleich zu gleichartigen Kindern ohne ADHS, diesbezüglich einen Entwicklungsbedarf aufweisen. Die Impulsivität, welche durch die Unaufmerksamkeit noch verstärkt wird, hat ein ungeordnetes und desorganisiertes Verhalten zur Folge, das in Chaos in den Zimmern, unordentlichem Erscheinungsbild, nicht erledigten Aufgaben und unsorgfältigem Lesen und Schreiben Ausdruck findet (vgl. ebd.:23). Weiter vertritt Wender die Meinung, dass bei Kindern mit ADHS die Impulsivität im sozialen Bereich problematisch sein kann. Im Verlauf einer kindlichen Entwicklung lernen Kinder Impulse, welche sie zum Lügen, Stehlen etc. verleiten, zu unterdrücken. Kinder mit ADHS können sich in diesen Bereichen schlechter kontrollieren. Aufgrund dessen kann ihr Verhalten für die Aussenwelt oftmals als asoziales Verhalten interpretiert werden (vgl. Wender 2012:23). Auf das Sozialverhalten von Kindern mit ADHS wird in einem späteren Kapitel eingegangen.

Abschliessend soll nochmals darauf aufmerksam gemacht werden, dass die in dieser Arbeit beschriebenen Kernsymptome des ADHS nicht alle drei gemeinsam auftreten müssen. Somit muss die erhöhte Impulsivität, genauso wie die motorische Unruhe, nicht zwangsläufig

vorhanden sein (vgl. Wender 2012:23). Ausserdem ist es wichtig zu erwähnen, dass die in diesem Kapitel erläuterten Kernsymptome dann als Verhaltensauffälligkeit gelten, wenn sie übermässig stark ausgeprägt sind, d.h. die Intensität, die zeitliche Beständigkeit und die Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome charakterisieren Kinder mit einem ADHS (Wender 2012:18).

2.3 Weitere Charaktermerkmale von Kindern mit der Diagnose ADHS

Zusätzlich zu den Kernsymptomen können Kinder mit ADHS weitere Symptome aufweisen. In der Folge werden diejenigen Symptome vorgestellt, die mit keinerlei körperlichen Defiziten zusammenhängen. Auch hier soll bedacht werden, dass nicht alle Symptome bei jedem Kind vorkommen müssen und auch diese in unterschiedlicher Ausprägung in Erscheinung treten können.

2.3.1 Die Selbstregulation

Unter dem Begriff der Selbstregulation wird die Fähigkeit verstanden die eigenen Gedanken, Emotionen und Handlungen zu kontrollieren (vgl. Gawrilow 2012:72). Nach Schunk und Zimmermann (1994) bezieht sich die Selbstregulation auf einen Prozess „durch welchen Schüler zielführende Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen aktivieren und aufrechterhalten können.“ (Schunk/Zimmermann 1994 zit. in Gawrilow 2012:72) Somit kann gesagt werden, dass die Selbstregulation einerseits mit effektiven Strategien zu planen, organisieren und koordinieren und andererseits mit der Metakognition, Handlungskontrolle und der Selbstwirksamkeit in Zusammenhang steht (vgl. Gawrilow et al. 2009 in Gawrilow 2012:72f.). Bei einer ADHS Diagnose spielt, nach Gawrilow (2012:73), die Fähigkeit der Selbstregulation deshalb eine Rolle, da für Kinder mit ADHS beispielsweise ein Defizit in der Ärgerregulation typisch sei. Dies versucht Hinshaw (1987) mit folgender Aussage zu verdeutlichen:

„Obwohl sie genau wissen, dass das impulsive Zeigen von Ärgerreaktionen nicht erwünscht und unangemessen ist und ihr langfristiges Ziel somit das Unterdrücken eines Wutausbruchs ist, gelingt ihnen dies nicht bzw. nur schwer.“ (Hinshaw 1987 zit. in Gawrilow 2012:73)

Beispielsweise Situationen, in welchen die Kinder mit ADHS eine Schulaufgabe nicht lösen können oder von einer anderen Person nicht verstanden oder sogar geärgert werden, lösen in diesen Kindern eine unangebrachte, impulsive Wutreaktion aus. Ihnen wird im Nachhinein bewusst, dass ihre Reaktion unangemessen war und es befällt sie ein Gefühl der Scham (vgl. Gawrilow 2012:73).

2.3.2 Die Emotionsregulation

Wie bereits erwähnt bereitet es Kindern mit der Diagnose ADHS grosse Mühe ihre Emotionen zu kontrollieren und zu steuern. Oftmals werden diese Kinder mit Stimmungsschwankungen und -auslenkungen in Verbindung gebracht, welche aufgrund der nur selten oder gar nicht vorhandenen Strategien zur Steuerung ihrer Emotionen auftreten sollen (vgl. Wender 2012:31). Bei Kindern mit ADHS werden die Angehörigen und/oder Professionellen vor eine besondere Herausforderung gestellt, denn die Verbindung zu einem Ereignis resp. die Erklärung für die emotionale Befindlichkeit ist bei ihnen nur schwer zu erkennen. Köckenberger (2001:15) erwähnt diesbezüglich, dass Kinder mit ADHS durch Kleinigkeiten aus dem Gleichgewicht gebracht werden können und diese Kinder ihre emotionale Befindlichkeit sofort ausleben. Die Reaktionen von Kindern mit ADHS können ungewöhnlich schwach oder heftig auftreten (vgl. Wender 2012:31). Die emotionale Stimmungslage der Kinder mit ADHS kann sich sehr schnell, ohne grossen Anlass, verändern. Innerhalb kürzester Zeit können sie von ‚himmelhoch-jauchzend‘ zu einer ‚Trauerweide‘ werden. Neuhaus (2012:48) führt diesbezüglich einige Beispiele auf: Kinder mit ADHS sind schnell frustriert, wenn sie beispielsweise nicht sofort von den Erwachsenen verstanden werden oder wenn die Erwachsenen nicht sofort etwas für sie erledigen können. Dann wird aus einem kleinen Frust plötzlich eine substantielle Frustration. Doch so schnell wie diese gekommen ist, vergeht sie auch wieder. Ein weiteres Beispiel ist die schnelle Irritation und Entmutigung von Kindern mit ADHS. Wenn eine Idee oder eine Aufgabe, die zuvor grosse Begeisterung ausgelöst hat, nicht auf Anhieb gelingt, kann dies zur Folge haben, dass das Kind mit ADHS schnell entmutigt und hoffnungslos reagiert und bei einer nächsten Situation gar nicht erst den Versuch dazu unternimmt. Auch in der Interaktion mit anderen Individuen kann sich die emotionale Stimmungsschwankung bemerkbar machen, indem eine Person innerhalb kurzer Zeit von ‚total toll‘ in ‚völlig unmöglich und nervig‘ eingestuft wird. Nach Neuhaus (2012:49) kommt es jedoch „nicht nur zu regelrechten Gefühlsabstürzen aus scheinbar »nichtigem« Grund, sondern auch zu einem beobachtbaren Sich-hineinsteigern in eine extreme Gefühlslage – sichtlich ohne diese zu bemerken oder dämpfen, stoppen zu können.“ (vgl. Neuhaus 2012:49)

Wird diese Eigenschaft bzw. dieses Charaktermerkmal eines Kindes mit ADHS mit verminderter Ängstlichkeit, dem Drang nach Aufmerksamkeit, Impulsivität und den Defiziten bei strategischem Planen und Handeln kombiniert, führt dies zum auffälligen unerwünschten Verhalten (vgl. ebd.:32). Auffälliges unerwünschtes Verhalten im Sinne von Albernheit oder Clownerie, Überschwänglichkeit, Triebhaftigkeit und einer gewissen Hemmungs- und Grenzenlosigkeit bzw. Euphorie.

Ein weiterer Aspekt der Emotionsregulation ist die Erregbarkeit. Wender (2012:32) spricht diesbezüglich von einer Übererregbarkeit von Kindern mit ADHS, welche „manchmal zu ausgeprägten Erregungszuständen auch bei angenehmen Beschäftigungen führen können“. Am Beispiel der Frustrationstoleranz wird bei Kindern mit ADHS deutlich, dass sie geringer ausfällt als bei Kindern ohne ein diagnostiziertes ADHS. Erkennbar wird dies durch eine heftigere Reaktion auf ärgerliche Situationen. Wenn eine Situation oder ein Vorhaben nicht nach ihren Vorstellungen verläuft, reagieren sie darauf mit einer exzessiven Reizbarkeit oder Ärgerlichkeit, die sogar in Wutanfällen, Ausrasten oder Missmut enden können. Zu erwähnen gilt jedoch, dass diese Eigenschaften nicht heissen sollen, dass ein Kind mit ADHS aggressiv oder feindselig ist, sondern diese Charaktermerkmale sollen eher verdeutlichen, wie leicht diese Kinder erregbar sind und was für ein hitziges Temperament sie besitzen können (vgl. Wender 2012:32). Nach Baur (1986:66 in Amft/Gerspach/Mattner 2002:9) können Kinder mit ADHS- Diagnose ihre Emotionen nicht regulieren und diese auch nicht den jeweiligen situativen und personellen Bedingungen anpassen. Aus dieser Annahme schliesst er zudem, dass diese Kinder kritikanfälliger oder leichter beleidigt sind als andere Kinder, schneller Gewissensbisse bekämen, wenn sie etwas Unangebrachtes oder Falsches gemacht oder sogar Missfallen erregt haben (vgl. Amft/Gerspach/Mattner 2002:9).

2.3.3 Das Selbstwertgefühl und das Fordern von Aufmerksamkeit

Laut Simchen (2003:19) besitzen Kinder mit diagnostiziertem ADHS, je nach Schwere und Ausprägung der Symptomatik, ein geringes Selbstwertgefühl. Gründe dafür können beispielsweise der soziale Ausschluss aus ihrer Schulklasse oder die Reaktionen der Erwachsenen, aufgrund des auffälligen Verhaltens der Kinder, sein. Hinzu kommt noch, dass Kinder mit ADHS Schwierigkeiten haben, sich in eine Gruppe einzugliedern oder Misserfolge in der Schule erleben. Aufgrund dessen kann schon im Vorschulalter die Fixierung auf die Rollen eines Aussenseiters, Sündenbocks oder Versagers erfolgen. Das dadurch entstehende geringe Selbstwertgefühl kann sich beispielsweise in Form von Gehemmtheit, Unsicherheit, Gefühlsarmut, Entmutigung und Misserfolgsorientierung, Schuldgefühle, und/oder durch depressive Verstimmungen äussern. Wenn das Kind nur Negatives erlebt und keine Anerkennung oder Lob erhält, besteht die Gefahr, dass das Kind sein Leben lang ein negatives Selbstbild bzw. ein geringes Selbstwertgefühl besitzt (vgl. ebd.:20).

In Situationen der Unsicherheit kann besonders auffallen, dass sich Kinder mit ADHS kleinkindlich verhalten und grundsätzlich bevorzugt mit jüngeren Kindern spielen (vgl. Simchen 2003:20). Es kommt aber auch vor, dass das Kind mit ADHS versucht sein geringes Selbstwertgefühl zu kompensieren, indem es Anerkennung von Gleichaltrigen sucht. Diese Anerkennung erhofft es durch die Aufgabe seiner eigenen Interessen, durch das ‚Erkaufen‘

von Freundschaften oder durch Spielen des Klassenclowns zu erhalten (vgl. Simchen 2003:19).

Auf der Beziehungsebene zu erwachsenen Bezugspersonen verhält es sich anders. Kinder mit ADHS suchen verstärkt den Kontakt und intensive Zuwendung zu vereinzelt Erwachsenen. Dies fällt vor allem durch die grosse Anhänglichkeit der Kinder auf. Jedes Kind, ob mit diagnostiziertem ADHS oder nicht, braucht für seine Entwicklung eine gewisse Anteilnahme, Interesse und Aufmerksamkeit von Erwachsenen. Je älter die Kinder werden, desto weniger haben sie das Bedürfnis nach dieser Anteilnahme, diesem Interesse und dieser Aufmerksamkeit, wenn sie sich dieser sicher sein können. Bis hierhin unterscheiden sich Kinder mit und Kinder ohne Diagnose nicht prinzipiell voneinander. Kinder mit einem ADHS unterscheiden sich eher dadurch von anderen, dass sie beim Einfordern von Aufmerksamkeit unersättlich sind. Sie möchten immer im Mittelpunkt stehen und die absolute Aufmerksamkeit der Erwachsenen geniessen, auch wenn sie diese Aufmerksamkeit durch Quengeln, Necken und Ärgern, Unfug und unerwünschtem Verhalten erreichen, denn negative Aufmerksamkeit ist dennoch Aufmerksamkeit (vgl. Wender 2012:24). Kinder mit ADHS können ihr Bedürfnis nach Aufmerksamkeit jedoch auch gut verbergen, denn sie wirken nach aussen nicht in jeder Hinsicht liebesbedürftig. Das unerwünschte Verhalten verschleiert ihr Bedürfnis nach Zuwendung und lässt die Motivation hinter dem Verhalten, das Suchen nach Zuwendung, in den Hintergrund rücken und für Aussenstehende nur schwer erkennen.

Wird vom sozialen Umfeld den Kindern mit ADHS die Möglichkeit gegeben erfolgreich, emotional geborgen, anerkannt, geliebt und mit sich selbst zufrieden aufzuwachsen, können, je nach Anlagen und positiven Eigenschaften, Persönlichkeiten heranwachsen, welche zu herausragenden Leistungen fähig sind (vgl. Simchen 2003:49).

2.3.4 Störungen des Sozialverhaltens

Bereits unter dem Kapitel der Impulsivität wurde das Sozialverhalten von Kindern mit ADHS erwähnt. Dabei ist ebenfalls das unerwünschte Verhalten der Kinder im Fokus. Auch beim Aspekt des Sozialverhaltens lassen sich Schwierigkeiten der betroffenen Kinder erkennen. Wender (2012:30) schreibt den meisten Kindern mit ADHS „1. eine beträchtliche Widerstandskraft gegenüber sozialen Anforderungen, Geboten und Verboten (...), 2. einen höheren Grad an Selbstständigkeit und 3. tyrannisches Verhalten gegenüber anderen Kindern“ zu. Dieses widerspenstige Verhalten von Kindern mit ADHS kann sich unterschiedlich äussern. Die betroffenen Kinder streiten z.B. häufig, auch mit massiven Wutausbrüchen, treten ihren Bezugspersonen gegenüber aggressiv auf, lügen und halten sich nicht an Versprechungen oder sind grausam gegenüber anderen Kindern oder Tieren. Es kann zur absichtlichen Zerstörung fremden Eigentums, absichtlichem Feuerlegen, Diebstahl und

disziplinarischen Problemen in der Schule einschließlich schwänzen des Schulunterrichts, kommen.

Betrachten wir nun das Sozialverhalten zwischen dem Kind und Erwachsenen. Die Erwachsenen fordern das Kind zu Etwas auf und das Kind reagiert mit eben diesem widerspenstigen Verhalten. So kann ein Kind mit ADHS beispielsweise versuchen so zu tun, als hätte es die Aufforderung nicht verstanden. Dies kann dazu führen, dass Erwachsene, meist Eltern und Lehrpersonen, das Gefühl erhalten, das Kind ist störrisch, herrisch, ungehorsam usw. und würde nie auf die Erwachsenen hören (vgl. Wender 2012:30).

Auf der Beziehungsebene von Kindern mit ADHS und ihren Geschwistern und Klassenkameradinnen und –kameraden gestaltet sich das Sozialverhalten anders. Kleinkinder mit der ADHS-Diagnose necken, stören und ärgern gerne ihre Geschwister oder ihre Mitschülerinnen und Mitschüler. Im Verlauf des Älterwerdens beginnt das Kind tendenziell damit andere Kinder herumzukommandieren (vgl. Wender 2012:30). Befindet es sich beispielsweise im Spiel mit anderen Kindern will es sowohl die Führungsposition, wie auch die Entscheidungsmacht über die Auswahl der Spiele und Regeln. Läuft es dabei nicht nach seinem Kopf, wird das Spiel abgebrochen. Aufgrund dessen fällt es Kindern mit diagnostiziertem ADHS oft schwer Freunde für sich zu gewinnen oder andere für sich zu begeistern. Trotzdem wird das Kind nicht schüchtern und zurückgezogen in einer Ecke stehen. Es wird sich auf die Suche nach neuen Freundschaften machen, diese erfolgreich beginnen, um dann aber erneut durch sein Verhalten von den neuen Spielkameradinnen und –kameraden weggestossen zu werden. Es wird deutlich, dass das aggressive und oppositionelle Verhalten für die soziale Integration in eine Gruppe hinderlich sein kann.

Abschliessend fügt Wender (2012:31) diesen Ausführungen noch hinzu, dass Kinder mit ADHS „nicht zwangsläufig zu körperlichen Aggressionen neigen, auch sind es keine Sadisten, die andere aus Freude schlagen.“ Eher kann gesagt werden, dass sie aufgrund ihrer Impulsivität und dem eigenen Entscheidungswillen bzw. dem Entgegenstellen der Spielkameradinnen und –kameraden, häufiger in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt sind, als Kinder ohne eine gestörte Impulskontrolle (vgl. ebd.:31).

2.3.5 Lernstörungen

Zu Beginn dieses Abschnitts möchte ich erwähnen, dass die Intelligenz eines Kindes mit diagnostiziertem ADHS keineswegs beeinträchtigt ist und die Intelligenzquotienten bei Kindern mit ADHS genauso verteilt sind wie bei Kindern ohne Diagnose. Es kann der Fall sein, dass ein Kind mit ADHS eine problematische intellektuelle Entwicklung durchläuft, welche auf Ungleichmässigkeiten in der Entwicklung zurückzuführen ist, woraus Lernstörungen entstehen

können. Lernstörungen beinhalten Schwierigkeiten beim Lesen, in der Rechtschreibung und beim Rechnen. Nach Wender (2012:25) haben alle Kinder und Erwachsenen mit Lernstörungen „wenigstens in einem Bereich Schwierigkeiten, wobei die Intelligenz nicht beeinträchtigt ist, eine ausreichende Beschulung vorliegt und keine psychiatrische Erkrankung als Ursache anzunehmen ist.“ Zwar sind nicht alle Kinder mit ADHS von einer Lernstörung betroffen, jedoch gehören Lernschwierigkeiten zu den Charaktermerkmalen des ADHS (vgl. ebd.28). Neuhaus (2012:98) erwähnt diesbezüglich beispielsweise einen oberflächlich-überhüpfenden Wahrnehmungsstil von Kindern mit ADHS, bei dem während dem Lesen schnell geraten wird und Details wie Satzzeichen oder einzelne Buchstaben übersehen werden. Aufgrund dessen sollen Flüchtigkeitsfehler an der Tagesordnung liegen und Massangaben in der Mathematik vergessen werden (vgl. Neuhaus 2012:98).

Weniger gute schulische Leistungen können auch ohne vorhandene Lernstörung erklärt werden. Beispielsweise können auch die bereits erwähnte Aufmerksamkeitsschwäche und die emotionale Übererregbarkeit eine Rolle dabei spielen. Diese Eigenschaften können für ein Kind hinderlich sein, wenn es darum geht Fähigkeiten zu entwickeln, um sich beispielsweise für eine gewisse Zeit zu konzentrieren oder sich ein vernünftiges Mass an Durchhaltevermögen und Geduld anzueignen. Diese Lernbereiche sind Voraussetzung für das bewältigen anspruchsvoller Aufgaben und in diesem Zusammenhang von hoher Priorität für den Lernerfolg des Kindes. Bezüglich Lernerfolg resp. Lernschwierigkeiten erwähnt Wender (2012:28) einen Teufelskreis, bei dem sich die Lernschwierigkeiten nach dem Schneeball-Prinzip vermehren. Er vermutet, dass aufgrund einer schlechten schulischen Leistung das Kind häufiger Kritik ausgesetzt wird, was wiederum das Selbstwertgefühl beeinflusst. Dies kann eine Verminderung der Motivation bei einer nachfolgenden Aufgabe zur Folge haben (vgl. Wender 2012:28). Den Teufelskreis sieht Wender (2012:29) darin, dass wenn trotz grosser Anstrengung kein Erfolg zu erkennen ist, das Kind aufgeben und so zunehmend schlechtere Leistungen erbringen wird. Die Motivation wird wieder weniger und der Teufelskreis geht weiter.

2.4 Die Ressourcen und Stärken von Kindern mit diagnostiziertem ADHS

Bisher wurden mehrheitlich negative Symptome und Charaktermerkmale des ADHS vorgestellt. In diesem Abschnitt sollen jedoch auch die Stärken und Ressourcen von Kindern mit diagnostiziertem ADHS aufgezeigt werden. Durch die Orientierung der Aussenstehenden am unerwünschten Verhalten von Kindern mit ADHS, wird oft aus den Augen verloren, welche tollen Eigenschaften diese Kinder ausserdem noch innehaben. Beispielsweise können Kinder mit ADHS sehr ideenreich und kreativ sein, phantasievoll und innovativ. Meist verfügen sie über viel Fantasie und eine gute Vorstellungskraft, sind spannende Geschichtenerzähler und

erfinden neue Spiele. Ausserdem sind sie begeisterungsfähig und vielseitig interessiert. Beispielsweise hat ihre Sprunghaftigkeit den Vorteil, dass sie sich schnell für etwas Neues begeistern können und andere motivieren. Sie interessieren sich für alles Neue und Unbekannte, sind sehr neugierig und wissbegierig. Kinder mit ADHS können ein grosses Interesse an der Welt oder an einem bestimmten Thema zeigen. Tritt diese Situation ein, wollen sie alles herausfinden und verstehen. Ausserdem sind sie sehr lernfähig, wenn das zu lernende Thema von ihnen als interessant empfunden wird. Sie können also durchaus sehr ehrgeizig, ausdauernd und konzentriert arbeiten (vgl. Neuhaus 2012:34).

Auch beim Aspekt des Sozialverhaltens von Kindern mit ADHS gibt es, trotz den negativen Eigenschaften, auch viele positive. Kinder mit ADHS können sehr hilfsbereit sein und einen starken Gerechtigkeitssinn haben. Gegenüber anderen können sie fürsorglich und gutmütig sein, setzen sich auch in hohem Masse für Andere ein und versuchen diese zu beschützen. Ausserdem werden Kinder mit ADHS als nicht nachtragend beschrieben und besitzen eine spontane Hilfsbereitschaft und Fähigkeit zur Empathie, wenn sie die Hilfsbedürftigkeit oder die emotionale Befindlichkeit Anderer erkennen.

Ihre Impulsivität führt dazu, dass Kinder mit ADHS sehr intuitiv handeln bzw. sich auf ihr Bauchgefühl verlassen und sehr spontan und flexibel sind. Aufgrund ihrer Hyperaktivität bzw. ihrer Energie für körperliche Aktivitäten sind Kinder mit ADHS sehr aktiv, unternehmungslustig und sportlich aber auch sehr risikobereit, im Sinne von ausprobieren neuer Sportarten, Verletzungsrisiko, überwinden von Ängsten etc. (vgl. Neuhaus 2012:34).

2.5 Der Entwicklungsverlauf des ADHS

Die im Kapitel 2.2 und 2.3 beschriebenen Symptome und charakteristischen Merkmale können, wie bereits erwähnt, individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und müssen nicht in jedem Fall auftreten. Erneut soll auch darauf hingewiesen werden, dass die erwähnten Merkmale nicht zwangsläufig in dieser Reihenfolge bzw. in diesem Entwicklungsverlauf auftreten müssen und dass einige Kinder diese Merkmale auch wieder verlieren können. Aufgrund dessen kann auch gesagt werden, dass sich die Schwierigkeiten von Kindern mit ADHS tendenziell verändern, abnehmen oder mit der Zeit ganz verschwinden (vgl. Wender 2012:53).

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie sich das ADHS in verschiedenen Entwicklungsabschnitten von betroffenen Kindern bemerkbar macht:

Schon im Säuglingsalter können Kinder mit ADHS durch vermehrte Aktivität im Mutterleib, Schlafprobleme und Fütterungsstörungen (z.B. Nahrungsverweigerung, extrem wählerisches Essverhalten, Essen nur beim Herumlaufen oder Spielen) auffallen (vgl. Gawrilow 2012:92).

Somit wird deutlich, dass die Verhaltensauffälligkeiten schon früh in der Entwicklung des Kindes auftreten können. Es wird erkennbar, dass die vermeintlich falsche Erziehung nicht als Ursache festgelegt werden kann, sondern eine genetisch erbliche Erkrankung dafür verantwortlich sein muss. Der Säugling reagiert in dieser Entwicklungsphase stark auf äussere Reize (Wender 2012:34).

Nach dieser eher unruhigen Phase beginnt der Säugling sehr bald mit dem Sitzen und Laufen. Wender (2012:21) spricht, in Verbindung mit dem körperlich aktiver werden, von möglichem Demolieren und Verwüsten des Kinderzimmers oder des Hauses im Allgemeinen. Diese Vermutung begründet er mit dem Drang der Kinder alles zu berühren, meist sollen diese Gegenstände dann zu Bruch gehen (vgl. Wender 2012:21). Das Kleinkind mit ADHS spielt nur selten für sich in seinem Zimmer und fordert Beteiligung von Kindern und Erwachsenen. Im Gegensatz zu der geforderten Zuwendung lassen sie sich jedoch ungerne Umarmen und suchen nur selten längeres Schmusen (vgl. Köckenberger 2001:15).

Im Vorschulalter sind Kinder mit ADHS in ständiger Bewegung und fallen durch ihre stark ausgeprägte Aktivität auf. Schon am frühen Morgen sind sie sehr energiegeladen und möchten jeden Raum und jedes Zimmer auf Veränderungen untersuchen. Sie weisen eine gewisse motorische Ungeschicklichkeit und in Folge dessen häufige Verletzungen und Unfälle auf. Kinder mit ADHS zeigen in diesem Alter vermehrt und intensiver, als Gleichaltrige ohne ADHS, trotziges Verhalten. Gegenüber Erwachsenen, vor allem gegenüber ihrer Bezugspersonen, zeigen sie häufig ungehorsames Verhalten. Die betroffenen Kinder können sich in dieser Entwicklungsstufe nur kurz auf ein Spiel konzentrieren und sind eher sprunghaft bei der Wahl ihrer Beschäftigungen. Beispielsweise nehmen sich Kinder mit ADHS alle Spielsachen gleichzeitig aus der Spielzeugkiste, spielen jedoch nur über kurze Zeit mit diesen und lassen sie dann einfach liegen, um neue Spielsachen zu entdecken und damit zu spielen. Ebenfalls kann in dieser Entwicklungsphase beobachtet werden, dass Kinder mit ADHS schnell das Interesse am Malen, Basteln und Vorlesen etc. verlieren. Beispielsweise beim Vorlesen platzen Kinder mit ADHS mit Fragen heraus, die inhaltlich nicht mit der Geschichte zusammenhängen.

Symptome wie das Herumzappeln und das Herumrutschen auf einem Stuhl und die Schwierigkeiten beim längeren Sitzen am Tisch können bemerkbar werden (vgl. Wender 2012:21). Nach Gawrilow (2012:93) haben sich in dieser Phase „aversive Eltern-Kind-Interaktionen, Aggressivität und Entwicklungsdefizite des Kindes als Risikofaktoren für eine ungünstige Entwicklung erwiesen.“ Im Kindergarten sollen Kinder mit ADHS häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Kindern unterschiedlicher Altersgruppen erfahren als im Umgang mit Gleichaltrigengruppen (vgl. ebd.:93). Gründe dafür können beispielsweise die für

Kinder mit ADHS schwierigere soziale Anpassung, ihre geringe Frustrationstoleranz und Wutausbrüche sein, welche das Spielen und Interagieren mit Gleichaltrigen erschweren. Ebenfalls können die Verhaltensweisen, wie beispielsweise necken und ärgern oder das dominante Verhalten des Kindes, zu Konflikten führen (Wender 2012:34).

Während der Primarschulzeit werden, so Gawrilow (2012:93), die meisten Kinder mit ADHS zum ersten Mal in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung oder in einer Beratungsstelle vorgestellt. Sprich, in diesem Alter wird bei den meisten Kindern mit ADHS die Diagnose erstellt. Ausschlaggebend dafür sind die deutlich werdenden Merkmale des ADHS, beispielsweise die übermässige Unruhe und die erhöhte Unaufmerksamkeit, aggressives Verhalten oder die Schwierigkeiten beim Aufrechterhalten von Freundschaften. Das in der Vorschule auffällige Sozialverhalten der Kinder mit ADHS kann während dieser Entwicklungsphase auch als antisoziales Verhalten in Erscheinung treten. Sollte eine Persistenz dieser Symptomatik bis ins frühe Jugendalter eintreten, kann das antisoziale Verhalten, so Wender (2012:34) zum Hauptproblem werden.

Vor allem nach dem Schuleintritt fällt ein Kind mit ADHS durch sein häufiges Stören des Unterrichts und die Schwierigkeit, sich länger auf Aufgaben zu konzentrieren, auf. Ebenfalls werden in diesem Entwicklungsabschnitt mögliche Lernstörungen erkennbar (vgl. Gawrilow 2012:94). Nach Köckenberger (2003:16) spielen dabei auch die (manchmal) unleserliche Schrift und das Durcheinander auf und im Schreibtisch eine Rolle. Kinder mit ADHS können in dieser Entwicklungsphase nicht verstehen, dass sie nicht immer aufgerufen werden können, wenn sie sich am Unterricht beteiligen möchten. In der Folge fühlen sie sich dann nicht beachtet und stören absichtlich den Unterricht (vgl. ebd.:16).

Die Schwierigkeiten von Kindern mit diagnostiziertem ADHS können während der Entwicklungsphasen sehr unterschiedlich ausfallen. Einige Kinder erleben Schwierigkeiten in allen Entwicklungsphasen, andere nur in wenigen. Ausserdem können auch die Schwierigkeiten innerhalb einer Entwicklungsstufe unterschiedlich ausfallen. So können beispielsweise von Kind zu Kind unterschiedlich ausgeprägte Schulschwierigkeiten oder Lernstörungen, Verhaltensmuster oder Koordinationsdefizite auftreten (Wender 2012: 34f.).

Die dominantesten Symptome des ADHS können während der Entwicklung von betroffenen Kindern fortlaufend abnehmen und in der Pubertät endgültig verschwinden. Dies kann daran liegen, dass sich die Schwierigkeiten der betroffenen Kinder mit dem Älterwerden verändern. Wender (2012:33) stützt diese Aussage mit der Argumentation, dass sich während des Reifungsprozesses bereits viele Veränderungen ergeben und manche Symptome in den Hintergrund rücken können, wenn das Kind gelernt hat sich entsprechende Verhaltensmuster anzueignen, um die Symptome zu kaschieren und das Verhalten des Kindes erst als schwierig

erachtet wird, wenn es von den altersentsprechenden Normen abweicht. Aufgrund dessen können beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, welche bei einem Kleinkind verdächtig erscheinen würden, bei einer oder einem Jugendlichen anders aussehen (vgl. Wender 2012:33). Trotzdem weist Wender (2012: 53) daraufhin, „dass 70 bis 80% der betroffenen Kinder ihre Symptome nicht mit dem Älterwerden verlieren und ihre Schwierigkeiten in der Schule, Familie und bei den Altersgenossen bestehen bleiben.“ Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnten beispielweise die Anlagen des betroffenen Kindes oder erlernte und beibehaltene Verhaltensweisen und Angewohnheiten sein. Deshalb ist es äusserst wichtig frühzeitig eine Abklärung resp. eine Diagnose zu erstellen und die möglichen Schwierigkeiten eines Kindes mit ADHS deutlich zu erkennen (vgl. ebd.:53).

Um Schwierigkeiten im Jugend- und Erwachsenenalter entgegenzuwirken ist es von Nöten, bereits so früh wie möglich das Erlernen von Fehlanpassungen zu verhindern. Sollten trotzdem Angewohnheiten und Verhaltensweisen erlernt worden sein, welche den Entwicklungsprozess von Kindern mit ADHS erschweren, kann diesen entgegengewirkt werden: „Erlernte Gewohnheiten können abgelegt werden, Fertigkeiten können erworben werden und neue Erfahrungen können die Persönlichkeit ein Leben lang verändern.“ (Wender 2012:55)

Mit welchen Ansätzen diese Interventionen realisiert werden können, wird in einem späteren Kapitel aufgeführt.

2.6 Das System der Erziehungshilfeeinrichtung und ADHS

Zu Beginn dieses Kapitels gilt es zu definieren, was der Begriff der ‚Erziehungshilfeeinrichtung‘ grundsätzlich beinhaltet. Eine Erziehungshilfeeinrichtung kann als Überbegriff für Systeme der Kinder- und Jugendhilfe und anderen öffentlichen Hilfen verstanden werden, beispielsweise beinhaltet sie Jugendarbeit resp. Jugendsozialarbeit, Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege, Förderung der Erziehung in der Familie etc. (vgl. Heidemann/Greving 2011:29). Somit wird deutlich, dass unterschiedliche Formen der Erziehungshilfeeinrichtungen existieren. Ich persönlich absolvierte bereits drei Praktika in verschiedenen Schulheimen und konnte mir dadurch einen Einblick in dieses Leistungsangebot verschaffen. In diesem Zusammenhang wurde mir die Aufgabe zuteil Kinder mit diagnostiziertem ADHS in der Schule, wie auch in ihrem Alltag, im Schulheim zu begleiten. Aufgrund dessen wird in dieser Arbeit die Form des Schulheims bzw. der Heimerziehung detaillierter vorgestellt. Anschliessend werden die theoretischen Ausführungen bezüglich der Heimerziehung mit Hilfe des Leitbildes und Konzepts des Schulheimes ‚Gute Herberge‘ in Riehen BS (Schweiz) ergänzt. Die Wahl fiel auf dieses Schulheim als Praxisbeispiel, da ich bereits ein halbes Jahr als Praktikantin in diesem Schulheim tätig war.

2.6.1 Definition Heimerziehung

Die Heimerziehung stellt sich in der Praxis der Sozialen Arbeit in sehr vielfältigen Formen dar. Deshalb wird in dieser Arbeit keine einheitliche und umfassende Beschreibung verfasst, sondern anhand verschiedener Definitionen aus der Fachliteratur eine Umschreibung vorgestellt. Die Verfasser, eben jener Definitionen, nehmen eine unterschiedliche Gewichtung der Aufgaben von Heimerziehung vor und lassen dadurch die Komplexität dieses Arbeitsfeldes deutlich werden. Anhand dreier Definitionen, welche jeweils von drei verschiedenen Autoren zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt verfasst wurden, wird versucht die Bedeutung der Heimerziehung vorzustellen:

Hermann Heitkamp (1984) beschreibt die Heimerziehung folgendermassen:

„Aufgabe der Heimerziehung ist, eine begonnene und durch den vorübergehenden oder dauernden Ausfall der Primärerzieher (in der Regel die Eltern) unterbrochene bzw. gestörte Sozialisation fortzuführen. Durch die Bereitstellung von Erziehungs- und Bildungshilfen handelt sie im staatlichen Auftrag zur Erfüllung des grundgesetzlichen Anspruchs auf Erziehung und Bildung.

Heimerziehung hat vor diesem Hintergrund stets die Aufgabe, den Sozialisationsprozess so zu gestalten, dass dem betroffenen jungen Menschen eine seinen Anlagen und Fähigkeiten entsprechende Entwicklung zur selbständigen, entscheidungsfähigen, gesellschaftlich integrierten Persönlichkeit ermöglicht wird.“ (Heitkamp 1984:12)

Thomas Schauder (1995) fasst das Konzept der Heimerziehung wie folgt zusammen:

„Heimerziehung bedeutet eine erwünschtermassen - und gesetzlich festgelegte - zeitlich begrenzte stationäre, meist heilpädagogisch-psychologisch ausgerichtete Erziehung ausserhalb des ursprünglichen und natürlichen familiären Lebensfeldes durch pädagogische Fachkräfte, wobei die betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Regel in Alters- und Geschlechtsgemischten Gruppen in einer Art Lebensgemeinschaft zusammengeschlossen sind.“ (Schauder 1995:21)

Richard Günder (2011) beschreibt die Heimerziehung so:

„Heimerziehung und die sozialpädagogische Betreuung in sonstigen Wohnformen haben die zentrale Aufgabe, positive Lebensorte für Kinder und Jugendliche zu bilden, wenn diese vorübergehend oder auf Dauer nicht in ihrer Familie leben können.“ (Günder 2011:19)

Wenn ich diese Definitionen zusammenfasse, ergibt sich die für mich stimmige Definition der Heimerziehung. Die Heimerziehung hat meiner Meinung nach die Aufgabe den Kindern und Jugendlichen Erziehungs- und Bildungshilfen zu bieten, die Kinder und Jugendlichen ressourcenorientiert zu fördern und lebensweltorientiert mit ihnen zusammenzuarbeiten. Ziele sollen kindzentriert und entwicklungsorientiert sein und gemeinsam formuliert und angestrebt werden. Dazu gehören beispielweise gelingende Sozialisationsprozesse, die Reintegration in das Herkunftsmilieu und individuelle Lernziele im schulischen oder gesellschaftlichen Kontext. Dabei sollen sich die Kinder und Jugendlichen in einem positiven Lebensort aufhalten z.B. in einer alters- und geschlechtsgemischten Wohngruppe, welche von einem Team von ausgebildeten Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in einer familienähnlich strukturierten Erziehung über einen längeren Zeitraum begleitet werden.

Trede (1999:318) und Schauder (1995:21) vertreten ausserdem die Meinung, dass die Heimerziehung auf keinen Fall als Lösungsstrategie für familieninterne Probleme oder als Alternative zum herkömmlichen Familienverband verstanden werden soll. Aufgrund dessen formulierte Trede (1999:318) drei Differenzierungen, welche die Abgrenzung bzw. die Definition der Heimerziehung verdeutlichen sollen. Nach Trede (1999:318) grenzt sich die Heimerziehung von Internatserziehung, von Kliniken und Kinderheimen (vorrangig medizinisch-therapeutisch für chronisch kranke Kinder und Jugendliche) und Einrichtungen, welche vorwiegend an Bestrafung orientiert sind, wie beispielsweise Einrichtungen des Jugendstrafvollzuges, ab.

Nach Schauder (1995:21) wird die Heimerziehung eingesetzt, wenn „alle ambulanten bzw. teilstationären fachlichen Hilfsangebote nicht (mehr) ausreichen, um den innerfamiliär bedingten Teufelskreis existentieller Probleme zu durchbrechen.“ In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass ein hohes Mass an heilpädagogischer und therapeutischer Unterstützung benötigt wird, um den betroffenen Kindern und Jugendlichen in den jeweiligen Situationen gerecht zu werden (vgl. Heidemann/Greving 2011:28).

2.6.2 Die Ziele der Heimerziehung

In einem Kinder- und Jugendheim beispielsweise werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, welche aufgrund eines Ausfalls der Erziehungsberechtigten, aufgrund vorhandener Sozialisationsdefizite oder Verhaltensauffälligkeiten eine Fremdunterbringung, wie sie weiter oben beschrieben wurde, benötigen. Im Fokus steht das Angebot einer altersentsprechenden, die bisherige Lebenswelt ausgleichenden Umgebung, um weitere Fehlentwicklungen zu vermeiden (vgl. ebd.:35). Nach Schauder (1995:22) ist das Ziel dieser Massnahme bzw. des Heimaufenthalts, dass die Kinder und Jugendlichen eine Rückkehr in ihre Herkunftsfamilie bzw. ihr Herkunftsmilieu erreichen, sofern sich dies, in Bezug auf die

Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen, innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes realisieren lässt. Dies bedeutet, dass eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit bzw. eine Lebensweltorientierung und Alltagsorientierung, in den Kontexten der Heimerziehung, sich immer auch auf die Ungleichheiten und Veränderungen der heutigen Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen beziehen und dementsprechend zentrale Punkte des pädagogischen Vorgehens darstellen sollte. Dabei wird beispielsweise das Konzept von Hans Thiersch (2009) berücksichtigt.

Dabei geht es weniger darum ein Individuum zu beeinflussen, sondern durch Veränderung der Lebensbedingungen in einem spezifischen Lebensfeld neues sinnvolles Verhalten und einen gelingenden Alltag zu ermöglichen. Beispielsweise wird ein Kind mit diagnostiziertem ADHS als Symptomträgerin oder Symptomträger betrachtet und nicht als Patientin oder Patient. Lebensweltorientierte stationäre Heimerziehung betrachtet die Schwierigkeiten und Problemlagen der Adressatinnen und Adressaten als Schwierigkeiten und Probleme der Lebensbewältigung und nicht als Krankheit oder Sozialisationsdefizit. Im Gegensatz zu therapeutischen Ansätzen steht beim lebensweltorientierten Ansatz der Alltag, die Möglichkeiten und Problemlösungen (Hilfe zur Selbsthilfe) jedes Individuums und dessen Lebensfeld im Fokus (vgl. Thiersch 2009: 23-28).

Um die erfolgreiche Reintegration des Kindes bzw. des Jugendlichen in die Herkunftsfamilie zu ermöglichen, muss eine hohe Qualität der Heimerziehung, insbesondere durch die Qualifikation der beteiligten Fachkräfte, gewährleistet werden. Zusätzlich, zur Qualität der inter- und intradisziplinären Kooperation, sind vor allem das Ausmass der kindlichen Verhaltensstörungen und die Dysfunktionalität der sozialen Umwelt bzw. der Herkunftsfamilie ausschlaggebend für den Erfolg der Heimerziehung und die Erreichung des Zieles der ‚Reintegration‘ (vgl. Schauder 1995:23).

Anhand eines Praxisbeispiels möchte ich eine mögliche Form der Heimerziehung vorstellen. Dazu werden die Rahmenbedingungen der Institution und das Konzept des Schulheims ‚Gute Herberge‘ in Riehen (BS) aufgeführt. Um zu verdeutlichen, wie sich eine Zielgruppe eines Schulheims zusammenstellen kann, welche Arbeitsprinzipien der Fachkräfte der Sozialen Arbeit vertreten werden können und welches methodische Vorgehen bzw. welche Lösungsansätze in der Heimerziehung verwendet werden können, werden diese Aspekte im folgenden Kurzbescrieb erläutert.

2.6.2.1 Praxisbeispiel: Schulheim ‚Gute Herberge‘

Das Schulheim ‚Gute Herberge‘ untersteht dem Erziehungsdepartement des Kanton Basel-Stadt, Abteilung Sozialpädagogik und befindet sich an der Äusseren Baselstrasse 180 in Riehen. Der Auftrag des Schulheims besteht darin, verhaltensauffälligen und normalbegabten,

sowie lernbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen einen Platz zu bieten, bei dem sie eine gezielte heilpädagogische Förderung im Rahmen der internen Heimschule erhalten wobei gleichzeitig eine stationäre Heimbetreuung gewährleistet ist (vgl. Konzept Gute Herberge 2004:1).

Dem Leitbild des Schulheimes ist zu entnehmen, dass eines der Hauptziele des Heimaufenthaltes ist, dass die Klientin oder der Klient die aktuellen Sozialisationsdefizite kompensieren kann und die Herkunftsfamilie bzw. das Herkunftsmilieu entlastet wird. Dieses Ziel wird solange verfolgt „bis eine Reintegration in das Herkunftsmilieu und in die öffentliche Schule aus fachlicher Sicht erfolgsversprechend erscheint.“ (vgl. ebd.:1) Es wird also versucht, die Kinder und Jugendlichen zu Persönlichkeiten zu erziehen, welche ihren individuellen Fähigkeiten entsprechend selbstständig und eigenverantwortlich in der Gesellschaft zurechtkommen können.

Die Zielgruppe besteht aus Mädchen und Knaben im Alter zwischen 7 bis 13 Jahren „bei denen sich in der familiären und/oder schulischen Sozialisation Beziehungs-, Verhaltens- oder Leistungsbeeinträchtigungen zeigen und deren weitere Entwicklung im Ursprungsmilieu nicht optimal gefördert werden kann.“ (vgl. Konzept Gute Herberge 2004:1). Die Klientinnen und Klienten haben die Möglichkeit bis zum Abschluss der obligatorischen Schulzeit in der ‚Guten Herberge‘ zu wohnen (vgl. ebd.:1).

Als infrastrukturelle Ressourcen verfügt das Schulheim über ein grosses Parkareal mit vier Gebäuden, welche die Wohngruppen, Schule, Verwaltung und Arbeitsstätten der internen Dienste beherbergen. Zusätzlich befindet sich auf dem Areal ein Schwimmbad, Fussballplatz, Kinderspielplatz, eine Mediathek und Werkstätten (vgl. ebd.:7).

Das Schulheim ‚Gute Herberge‘ legt besonders Wert darauf, dass eine akzeptierende Haltung seitens der Mitarbeiter gegenüber den Klientinnen und Klienten mit ihren jeweiligen Lebensentwürfen eingenommen wird und die Suche der Heranwachsenden nach eigener Identität und Autonomie mit Respekt behandelt wird. Ausserdem soll den Kindern und Jugendlichen ein ganzheitliches Fordern und Fördern (d.h. auf der körperlichen, psychischen, seelischen, intellektuellen und spirituellen Ebene) gewährleistet werden.

Lebenswelt- und Ressourcenorientierung als Professionelle Haltung mit systemischer Perspektive werden in der ‚Guten Herberge‘ als äusserst wichtig empfunden. Dabei soll vor allem auf die eigenen Fähigkeiten, Stärken und Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten und auf alle bestehenden Ressourcen aus deren Umfeld eingegangen werden. Dazu gehören, je nachdem, mögliche Ressourcen im Sozialraum (Vereine, kirchliche Gruppen, Jugendorganisationen etc.) und weitere Ressourcen im Sozial- und Erziehungswesen in den

Kantone Basel-Stadt (BS) und Baselland (BL).

Auch die Kooperation mit den Eltern bzw. dem Herkunftsmilieu und ein bewusstes Einnehmen einer Position in der Erwachsenenwelt, um so Orientierungshilfe und Reibungsfläche zu bieten, werden als wichtige Arbeitsprinzipien angesehen (vgl. Konzept Gute Herberge 2004:1).

In diesem Kurzbeschrieb fällt auf, dass sowohl Inhalte der Definition von Heitkamp (1984) sowie von Schauder (1995) und Günder (2011) im Konzept des Schulheims ‚Gute Herberge‘ aufgeführt werden. Beispielsweise wird Wert auf einen positiven Lebensort gelegt und die Reintegration in das Herkunftsmilieu ist wichtiger Bestandteil des Heimaufenthaltes. Die Kinder und Jugendlichen sollen zu selbstständigen Persönlichkeiten heranwachsen können, die fähig sind, eigenverantwortlichen in der Gesellschaft zurechtzukommen.

2.6.3 Die Betreuungsformen innerhalb der Heimerziehung

Bei den Betreuungsformen innerhalb der Heimerziehung muss erwähnt werden, dass sich hier ebenfalls durch die Vielfältigkeit und Überschneidungen eine exakte Darlegung der Betreuungsformen als äusserst schwierig gestaltet. In der stationären Heimerziehung beispielsweise wird von Regelbetreuung in Wohngruppen, meist auch von familienähnlich strukturierter Erziehung, gesprochen. Familienähnlich deshalb, da die Wohngruppen aus Kindern und Jugendlichen unterschiedlichen Alters und aus Erwachsenen (in diesem Fall Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen) besteht. Die Erwachsenen leiten die Wohngruppe (z.B. in den organisatorischen Bereichen) und begleiten und unterstützen die Kinder und Jugendlichen in ihrem Lebensalltag bzw. geben ihnen eine Alltagsstruktur (vgl. Heidemann/Greving 2011:39).

Diese mögliche Form der Betreuung möchte ich am Beispiel des Schulheimes ‚Gute Herberge‘ in Riehen BS (Schweiz) verdeutlichen:

2.6.3.1 Praxisbeispiel: die Betreuungsform der familienähnlichen Wohngruppe im Schulheim ‚Gute Herberge‘

Das Schulheim bietet 32 Wohnheimplätze an, welche auf 4 Wohngruppen (mit jeweils acht Plätzen) verteilt sind. Die Wohnsituationen sind sowohl geschlechterhomogen wie auch -heterogen. Ob ein Kind in einer geschlechterhomogenen oder -heterogenen Wohngruppe platziert wird hängt von der bisherigen Kinder-Konstellation und den Platzverhältnissen der Wohngruppe ab. D.h. wenn ein Mädchen eintritt, wird darauf geachtet, dass auf der betreffenden Wohngruppe schon mindestens ein Mädchen wohnt.

Während der Bewältigung ihres Alltages, werden die Kinder und Jugendlichen in einer familienähnlichen Struktur von mehreren Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Schichtdienst begleitet. Schichtdienst bedeutet, dass es einen Früh-, Spät-, Zwischen- und

Nachtbereitschaftsdienst gibt. Der Nachtbereitschaftsdienst hat, im Gegensatz zum Nachtdienst, die Möglichkeit zu schlafen, wenn die Kinder und Jugendlichen ebenfalls schlafen. Jedes Kind wird einer Sozialpädagogin oder einem Sozialpädagogen der Wohngruppe zugewiesen, der oder die für die Erziehungs- und Förderplanung des Kindes zuständig ist. Die Sozialpädagogin oder der Sozialpädagoge wird Bezugsperson genannt, die Kinder sind entweder die Bezugskinder oder Schützlinge, je nach Wohngruppe resp. Schulheim.

Die Kinder und Jugendlichen sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht und können ihre Zimmer nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gestalten. Wohn- und Esszimmer, Aufenthaltsräume, Küche, Bad und Toiletten, je nach Wohngruppe noch ein bis zwei Nebenräume und ein Aussenbereich bieten den Kindern und Jugendlichen Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten. Den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen steht ein Büro zur Verfügung, in dem Gespräche bzw. Sitzungen abgehalten werden können, Administratives erledigt werden kann und wo sie auch während dem Nachtbereitschaftsdienst schlafen.

Die heiminterne Schule wird in altersgerechten Einheiten geführt. Für die Klientinnen und Klienten besteht die Möglichkeit vom 1. bis zum 9. Schuljahr alle Schulstufen zu besuchen. Eine Schulklasse besteht aus ca. acht Schülerinnen und Schülern und wird von einer Lehrperson unterrichtet, eventuell wird diese von einer Praktikantin oder einem Praktikanten unterstützt. Die Wochenenden und Schulferien können ausserhalb des Schulheims verbracht werden, wenn dies die familiäre Situation zulässt und mit den gesetzlichen Vertretern des Kindes dementsprechend vereinbart wurde (vgl. Konzept Gute Herberge 2004:2).

Die Aufenthaltsdauer eines jeden Kindes hängt von Indikation, Auftrag und Aufenthaltsverlauf ab. Zunächst wird ein Aufenthalt für zwei Jahre vereinbart und regelmässig wird die Indikation der Platzierung mittels Standortbestimmungen überprüft. Als Grundlage für die Feststellung des Förderungsbedarfs dient der Zeitraum der ersten drei Monate nach dem Eintritt ins Schulheim. Nachdem die Klientin oder der Klient und ihre oder seine gesetzliche Vertretung das Schulheim kennen gelernt haben, wird ein Standortgespräch geführt, in dem der Auftrag definitiv geklärt wird. Anschliessend hat die Heimleitung den Auftrag die verschiedenen Sichtweisen (Klientin/Klient, Eltern/gesetzliche Vertretung, Sozialpädagogik, Schule, Arbeitsstelle, Therapie) im Sinne eines Case-Management zu koordinieren und zusammenzuführen, damit das Aufenthaltsprogramm für jede Klientin und jeden Klienten individuell entwickelt und periodisch überprüft werden kann.

Im Konzept wird festgehalten: „Die Alltagsgestaltung richtet sich nach den Möglichkeiten des Schulheims und den Bedürfnissen, dem Alter und den Problemlagen des Kindes.“ (vgl. ebd.:3) Die Klientin oder der Klient werden in einen für sie überschaubaren Alltagsablauf eingebunden, sprich dem Kind oder dem Jugendlichen ist der Tages- und Wochenablauf bekannt. Auch die

vereinbarten Ausgangs-, Wochenend- und Ferienregelungen, welche mit den Eltern oder den gesetzlichen Vertretern sowie der begleitenden Sozialstelle vereinbart wurden, sind transparent und dem Kind oder Jugendlichen bekannt.

Die Kinder und Jugendlichen beteiligen sich, in Form von Ämtli erledigen oder Abendessen zubereiten, an den hauswirtschaftlichen Pflichten und erlangen dadurch hauswirtschaftliche und alltagspraktische Kompetenzen (vgl. Konzept Gute Herberge 2004:3).

Mit diesem Beispiel der möglichen Betreuungsform einer familienähnlichen Erziehung in einem Heim möchte ich verdeutlichen, dass die zuvor definierten Aufgaben der Heimerziehung in diesem Praxisbeispiel vor allem durch die familienähnlich strukturierte Erziehung bewältigt werden. Welche Rolle diese Form der Betreuung für mögliche Interventionen für Kinder mit ADHS spielen kann, wird in einem folgenden Kapitel untersucht.

2.7 Das ADHS in einer Erziehungshilfeeinrichtung

Zu Beginn dieses Kapitels wurden die (Kern-)Symptome des ADHS detailliert vorgestellt, um der Leserschaft ein Bild darüber zu vermitteln, wie sich ADHS äussern kann und welche Entwicklungsaufgaben ein Kind mit diagnostiziertem ADHS möglicherweise bewältigen muss. Die Erziehung und die Begleitung im Alltag von Kindern mit ADHS können sich, meiner Erfahrung nach, als äusserst intensiv, herausfordernd und nervenaufreibend herausstellen. Dabei denke ich an Situationen, in denen beispielsweise deutlich wird, dass Kinder mit ADHS Mühe damit haben, Anweisungen und Instruktionen von Professionellen zu folgen. Dadurch kann sich das Erledigen vom Ämtli, den Hausaufgaben oder dem Zimmerputz als äusserst anspruchsvoll (für beide Parteien) gestalten. Auch andere Situationen, z.B. bei gemeinsamen Aktivitäten bzw. Aktivitäten in der Gruppe bei Ausflügen, Spielen, Basteln etc., können sehr anspruchsvoll sein, da Kinder mit ADHS Schwierigkeiten damit haben können, ihre Aufmerksamkeit für eine Aktivität aufrechtzuerhalten. Bei Esssituationen können Kinder mit ADHS durch ihr Zappeln und Herumrutschen auf dem Stuhl, dem Spielen mit Messer und Gabel oder dem Berühren aller Gegenstände auf dem Esstisch eine grosse Unruhe verbreiten. Diese Situationen erfordern, meiner Erfahrung nach, viel Geduld, eine innere Ruhe und starke Nerven, um Trotz der vermeintlichen Unruhe, klare aber ruhige Anweisungen zu geben und die eventuell entstandene Hektik zu vermindern.

Die Hyperaktivität stellt die Fachkräfte ausserdem in Situationen, wie beispielsweise einer Autofahrt, vor eine weitere Herausforderung. Kinder mit diagnostiziertem ADHS brauchen Unterhaltung während der Fahrt, z.B. ein Buch anschauen, Musik hören oder ein Spiel für unterwegs. Werden sie nicht unterhalten oder abgelenkt, können sie versuchen ihre Langeweile zu vertreiben, indem sie Unfug anstellen, andere stören oder mit ihrer Unruhe die anderen Fahrgäste ebenfalls unruhig werden lassen.

Es wurde bereits erwähnt, dass Kinder mit ADHS aufgrund ihrer Impulsivität eher ein ungeordnetes und desorganisiertes Verhalten an den Tag legen können. Für Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen kann dies zur Herausforderung werden, wenn es darum geht, dass ein Kind mit ADHS sein Zimmer aufräumen und putzen soll. Für die Professionellen herrscht in besagtem Zimmer Chaos, in den Augen des Kindes ist das Zimmer aber genauso in Ordnung. Solche Situationen können zu langen Diskussionen führen, wobei die Emotionsregulation bzw. deren mögliche Defizite auch eine Rolle spielen können. Es gibt Situationen, in denen Kinder mit ADHS ihre Emotionen nicht angemessen bzw. der Situation nicht angepasst regulieren können. Aufgrund dessen können Situationen, wie beispielsweise das Erledigen der Hausaufgaben, das Verlieren bei einem Spiel, die Nervosität vor einem Ereignis (z.B. Elterngespräche oder Ausflüge) oder das Gefühl unfair behandelt zu werden, zu herausfordernden und nervenaufreibenden Bewältigungsaufgaben seitens der Professionellen werden.

In Situationen wie diesen wird ersichtlich, dass Kinder mit ADHS eine professionelle, theoretisch fundierte Vorgehensweise resp. Erziehungsstruktur benötigen, um ihren Alltag zu bewältigen. Wie im Kapitel der Symptome von ADHS bereits aufgeführt, besitzen Kinder mit ADHS selten oder wenig hilfreiche, konstruktive Strategien, um alltägliche Situationen adäquat zu bewältigen. Dabei sollen sie von den professionellen Fachkräften der Sozialen Arbeit unterstützt und begleitet werden.

Gerade für Kinder mit ADHS ist es wichtig trotz ihres Verhaltens bzw. ihren auffallenden Symptomen als Person, als Kind, vollkommen angenommen und ernst genommen zu werden. Durch die Voraussetzung wissenschaftlichen Fachwissens, welches Grundlagen-, Diagnose-, Erklärungs- und Handlungs- bzw. Methodenwissen beinhaltet, soll den Kindern mit diagnostiziertem ADHS diese professionelle Begleitung in der Heimerziehung, durch die Fachkräfte, geboten werden. Die beschriebenen Situationen erfordern, je nach Ausprägung der Symptome und deren Intensität, eine professionelle Vorgehensweise. So kann es für Kinder mit diagnostiziertem ADHS von Vorteil sein, wenn sie von geschulten Fachkräften, im Fall eines Schulheimes von diplomierten Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, unterstützt und begleitet werden. Die emotionale Distanz zwischen den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und den Kindern, im Gegensatz zur Eltern-Kind-Beziehung, ist dabei sicherlich auch von Vorteil. Günder (2011:178) argumentiert beispielsweise damit, dass sich Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen nicht so schnell persönlich betroffen fühlen, wenn die Kinder oder Jugendlichen ihnen z.B. während eines Wutanfalles Obszönitäten an den Kopf werfen. Aus dieser Annahme von Günder (2011:178) schliesse ich, dass die Eltern oder Erziehungsberechtigten dieser Kinder sich in solchen Situationen, verständlicher Weise,

persönlich betroffen fühlen können und somit eine adäquate Reaktion darauf äusserst herausfordernd sein kann.

Auch die Verhaltensauffälligkeiten, welche sich in der Schule zeigen können, erleichtern das Integrieren von Kindern mit ADHS in eine grössere Kindergruppe nicht. Im Gegenteil: Ich vermute, dass in Schulsituationen deutlich werden kann, dass ein Kind mit ADHS eine spezifische Unterstützung braucht. Diese Unterstützung kann in einer Schulklasse im Schulheim, aufgrund der kleineren Anzahl Schülerinnen und Schüler und der fachlichen Begleitung (wie z.B. ein Sonder- oder Heilpädagoge oder eine Sonder- oder Heilpädagogin, teilweise unterstützt durch eine Praktikantin oder einen Praktikanten), geboten werden. Die kleinere Schulklasse ermöglicht ebenfalls, dass individuell auf die Schwierigkeiten jedes Kindes eingegangen werden kann.

Kinder mit ADHS haben das Bedürfnis nach planvoller Erziehung, individueller Förderung und Entwicklung. Aufgrund dessen zeigt sich meiner Meinung nach, dass sich die gebotene Struktur und das Fachwissen bzw. die theoriegestützten Ansätze der Entwicklungshilfe in einem Schulheim begünstigend auf die Entwicklung des Kindes mit ADHS auswirken können. Auf keinen Fall geht diese Aussage aber damit einher, dass die Eltern der Kinder oder das Herkunftsmilieu nicht mit den Kindern ‚zurechtkommen‘. Es zeigt lediglich, dass Kinder mit ADHS eine besondere Herausforderung an die Gesellschaft und an ihre Eltern oder Erziehende stellen und deshalb auch eine besondere Unterstützung benötigen.

In einem nachfolgenden Kapitel sollen deshalb verschiedene Möglichkeiten bzw. Interventionen vorgestellt werden, um Kinder mit diagnostiziertem ADHS zu unterstützen und zu fördern. Die vorgängig erläuterten Symptome des ADHS bieten Anhalts- bzw. Orientierungspunkte für Interventionen in einer stationären Erziehungshilfeeinrichtung. Auf jedes Symptom einzugehen würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher möchte ich mich auf einen Aspekt dieser Symptome fokussieren.

3. Die Emotionale Kompetenz von Kindern mit diagnostiziertem ADHS

Im folgenden Kapitel wird die Thematik der Emotionsregulation erneut aufgegriffen. Wie bereits im Kapitel 2.3.1 und 2.3.2 aufgeführt kann die Selbstregulation, im speziellen die Emotionsregulation, bei Kindern mit ADHS Defizite aufweisen. Durch nur selten oder gar nicht vorhandene Strategien zur Steuerung ihrer Emotionen haben diese Kinder Mühe ihre Emotionen zu kontrollieren.

Um zu verdeutlichen, wie wichtig diese Strategien für die kindliche Entwicklung und die

gelingende Alltagsbewältigung von Kindern mit diagnostiziertem ADHS ist, wird zuerst definiert, was unter dem Begriff der Emotionen und der Emotionalen Kompetenz verstanden wird. Danach wird erläutert, welche Rolle die Emotionsregulation dabei spielt. Es erschien sinnvoll, aufzuführen, wie sich die Emotionale Kompetenz eines Kindes entwickelt, um die einzelnen Prozesse der Entwicklung zu verdeutlichen. Dadurch können mögliche Entwicklungsverzögerungen oder –probleme erkenntlich gemacht werden und dementsprechend mögliche Defizite ans Licht führen.

Zusätzlich soll deutlich gemacht werden, in welcher Verbindung die Fähigkeit zur Emotionsregulation und das ADHS zueinander stehen bzw. welche Auswirkungen das eine auf das andere hat. Durch diese Gegenüberstellung soll geklärt werden, welche Entwicklungsschritte und welche Strategien für eine effektive Emotionsregulation eines Kindes mit ADHS einen Förderbedarf aufweisen.

3.1 Definition Emotionen

Es gestaltet sich schwierig in der Fachliteratur die eine, allgemein geltende und universelle Definition von Emotionen zu finden. Aufgrund dessen wird im Folgenden eine Sammlung von Beschreibungen vorgestellt, welche den Begriff und die Bedeutung von Emotionen differenziert erläutern sollen.

Kullik und Petermann (2012:11) stützen sich beispielsweise auf eine Definition, bei der Emotionen „ganz bestimmte Gefühle, physiologische Reaktionen und Verhaltensweisen“ umfassen. Bestimmte Situationen und Ereignisse können ein Individuum auf eine emotionale Art berühren und Emotionen aufsteigen lassen. Ausschlaggebend für das Aufsteigen von Emotionen ist die Bedeutung, die ein Individuum einer solchen Situation zuschreibt. Durch die lebenslange Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt, können sich diese Bedeutungen und somit auch die Emotionen, welche mit einer Situation in Zusammenhang gebracht werden, im Laufe der Zeit verändern (vgl. In-Albon 2013:15).

In-Albon (2013:15) spricht ganz allgemein von zwei Kategorien von Emotionen: von positiven Emotionen wie beispielsweise Freude oder Zufriedenheit und von negativen Emotionen wie Angst, Wut oder Trauer. Emotionen, wie die Aufgeführten, beschreiben aktuelle Zustände von Individuen und unterscheiden sich nach Art oder Qualität und Intensität (vgl. ebd.:15). Durch die individuelle Bewertung der Situation, die eigenen Bedürfnisse und Ziele und deren Gefährdung, Beeinträchtigung oder Erreichung, ergibt sich die individuell emotionale Reaktion eines Menschen (vgl. Zimmermann/Iwanski 2013:27). Des Weiteren prägen Emotionen wie Freude, Trauer, Wut und Angst das Leben eines Individuums. „Prägen“ meint in diesem Sinne, dass Emotionen einerseits vieles erleichtern können, wie z.B. soziale Beziehungen zu knüpfen

und aufrecht zu erhalten, aber andererseits auch, dass Emotionen zu einer falschen Zeit, am falschen Ort und in einer falschen Intensität auftreten können (vgl. Zimmermann/Iwanski 2013:15).

Kullik und Petermann (2012:11) fügen ergänzend hinzu, dass Emotionen entscheidend für die soziale Kommunikation, Motivation, Gedanken und Handlungen sind. Dadurch erhalten Emotionen eine grundlegende Rolle in der kindlichen Entwicklung. Zum Beispiel begünstigen Emotionen, wie Freude und Interesse, das kindliche Spiel mit Gleichaltrigen und sollen dadurch soziale Interaktionen fördern. Auch können Emotionen Kinder dazu bringen „über die eigenen Erwartungen und Verhaltensweisen nachzudenken und diese gegebenenfalls neu zu bewerten.“ (vgl. Abe/Izard 1999 zit. in Kullik und Petermann 2012:13) Weiter können Emotionen die Vorstellungen von Kindern über die Kontextabhängigkeit von Emotionen fördern. Das soll heissen, dass Kinder mit Hilfe ihrer Erfahrungen lernen können, dass ein Ereignis oder eine Situation unterschiedliche Emotionen bei verschiedenen Personen auslösen können (vgl. ebd.:13).

Zusammenfassend wird unter dem Begriff Emotionen eine individuelle Reaktion und Befindlichkeit auf die Bewertung einer Situation oder eines Ereignisses verstanden. Emotionen sind wichtige Bestandteile und Begleiter in unserem Alltag. Entscheidungen, Gedanken, Verhaltensweisen und die soziale Interaktion eines Individuums werden durch Emotionen beeinflusst bzw. geprägt, wie von In-Albon (2013:15) aufgeführt, und sind deshalb äusserst wichtig für die kindliche Entwicklung. Somit kann gesagt werden, dass ein Kind in seiner Entwicklung vor der Aufgabe steht, eine emotionale Kompetenz zu entwickeln. Welche Aspekte eine emotionale Kompetenz beinhaltet und welche Bewältigungsaufgaben und Entwicklungsschritte ein Kind während seiner Entwicklung durchläuft, werden im nachfolgenden Kapitel dargelegt.

3.2 Die Entwicklung der emotionalen Kompetenz

Eine bedeutende Entwicklungsaufgabe der frühen Kindheit beinhaltet das Erlernen des Umgangs mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer (Lewis 1998 in Petermann/Wiedebusch 2003:11). Diese Entwicklungsaufgabe führt dazu, dass im Verlauf der emotionalen Entwicklung die Voraussetzung geschaffen wird, um eine umfassende emotionale Kompetenz zu erwerben.

Bereits seit dem Säuglingsalter entwickelt sich die emotionale Kompetenz von Kindern. Im Laufe der Jahre verändern und erweitern sich die Fähigkeiten der Kinder, die Gefühle und den Gefühlsausdruck ihrer Mitmenschen zu verstehen und über ihre eigenen Emotionen zu kommunizieren (vgl. ebd.:11). Bis zum Schulalter sollen Kinder die Fähigkeiten erworben

haben, mit deren Hilfe sie ihre Emotionen weitgehend selbstständig regulieren können (vgl. Grolnick et al. 1999 zit. in Petermann/Wiedebusch 2003:11).

Von Salisch (2002:12) führt acht Fertigkeiten auf, die als Orientierungshilfe für die Entwicklung der emotionsbezogenen Fähigkeiten dienen können. Werden diese acht Fertigkeiten betrachtet, kann herausgearbeitet werden, in welchem Bereich dieser emotionsbezogenen Fähigkeiten Stärken und Strategien oder Förderungs- und Unterstützungsbedarf bestehen. Zu diesen Fertigkeiten zählt sie (1) die Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand, (2) die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen, (3) die Fähigkeit zum Gebrauch des Gefühlvokabulars und der Ausdruckswörter für Befindlichkeiten, (4) die Fähigkeit empathisch auf das emotionale Erleben von anderen Individuen einzugehen, (5) die Fähigkeit zwischen internalem emotionalem Erleben (innerliche Gefühlslage) und externalem Emotionsausdruck (nach aussen gezeigte Befindlichkeit) zu unterscheiden, (6) die Kompetenz belastende Emotionen oder problematische Situationen in adaptiver Weise zu bewältigen, (7) die Bewusstheit über die Beeinflussung sozialer Beziehungen durch emotionale Kommunikation und (8) die Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit (vgl. Von Salisch 2002: 13-24).

Anhand der dritten Fertigkeit soll exemplarisch aufgezeigt werden, wie eine Überprüfung einer emotionsbezogenen Fähigkeit durchgeführt werden kann. Wenn ein Individuum sich gerade in einer emotionsauslösenden sozialen Transaktion (z.B. ein Gespräch mit einer Freundin) befindet, die emotionale Kommunikation erfolgreich bewältigt und zur selben Zeit die eigenen emotionalen Reaktionen wirksam regulieren kann, dann wird erkennbar, dass dieses Individuum in der Lage ist, sein Wissen über Emotionen bzw. deren Ausdrucksweise einzusetzen, sowie Strategien zur emotionalen Kommunikation anzuwenden.

Hier erscheint es sinnvoll mit der Annahme von Saarni (1999) zu ergänzen. Sie vertritt die Meinung, dass die emotionale Kompetenz von Kindern an das Bewusstsein geknüpft ist und „dass ihr eigenes emotionales Ausdrucksverhalten die Reaktionen anderen Personen beeinflusst und sie gelernt haben ihr Verhalten strategisch zu steuern, um gewünschte Reaktionen hervorzurufen.“ (Saarni 1999;2002 zit. in Petermann/Wiedebusch 2003:12). Somit unterstützt Saarni (1999) die Ausführungen von Salisch (2002), jedoch wird bei Ersteren deutlich, dass die emotionale Kompetenz in einem Zusammenhang mit der sozialen Kompetenz der Kinder steht. Oder, wie Petermann (2002) es formuliert: „Die emotionale und soziale Entwicklung eines Kindes sind auf vielfältige Weise miteinander verbunden.“ (Petermann 2002 zit. in Petermann/Wiedebusch 2003:20). Beispielsweise sollen positive emotionale Kontakte zu Gleichaltrigen Auswirkungen auf den zukünftigen sozialen Erfolg haben. Die bereits erwähnten Fähigkeiten, welche mit dem Erwerb der emotionalen

Kompetenz einhergehen, sollen sich, längerfristig betrachtet, positiv auf das Sozialverhalten der Kinder auswirken (vgl. Petermann/Wiedebusch 2003:22).

Zusammenfassend sollen sich die Kinder während ihrer Entwicklung die Fähigkeiten aneignen, sich der eigenen Gefühle bewusst zu sein, Gefühle mimisch oder verbal zum Ausdruck zu bringen und eigenständig zu regulieren sowie die Emotionen anderer Personen zu erkennen und zu verstehen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die emotionale Kompetenz die soziale Interaktion fördert, beispielsweise können Freude und Interesse das kindliche Spiel mit Gleichaltrigen begünstigen. Emotionen umfassen dementsprechend Prozesse, welche die Bedeutsamkeit einer Situation oder eines Ereignisses festlegen. Die Intensität und die Dauer der Emotion sind jedoch von der Regulation abhängig. Dies führt zum Schluss, dass die Emotionsregulation ein zentraler Bestandteil der kindlichen emotionalen Kompetenz darstellt. In welchem Zusammenhang oder in welcher Wechselwirkung die Emotionale Kompetenz und die Emotionsregulation zueinanderstehen, wird im nachfolgenden Kapitel differenziert dargelegt.

3.3 Die Fähigkeit zur Emotionsregulation

Wie bereits erwähnt, wird vermutet, dass Emotionen und die Emotionsregulation miteinander verbunden sind. Autoren wie beispielsweise Campos, Frankel und Camras (2004) oder Frijda (1986) vertreten die Ansicht, dass sich diese beiden Aspekte nicht voneinander unterscheiden würden, sondern alle Emotionen zu einem gewissen Mass reguliert werden (vgl. Campos/Frankel/Camras 2004; Frijda 1986 in In-Albon 2013:17f.). Somit wird die Emotionsregulation als Teil der Emotionen betrachtet. Gross (2007) und Kring und Werner (2004) argumentieren gegen diese Ansicht. Sie sind der Meinung, dass Emotionen und Emotionsregulation voneinander zu trennen sind. Sie argumentieren mit dem Aspekt, dass die unbewusste Motivation hinter den Verhaltensweisen eines Individuums nicht überprüft werden kann (vgl. Gross 2007; Kring/Werner 2004 in In-Albon 2013:17f.). Zimmermann und Iwanski (2013:27) umschreiben die Emotionsregulation als „jene Prozesse, die an der zielgerichteten Beeinflussung und Veränderung emotionaler Reaktionen beteiligt sind.“ Bei dieser Aussage wird erneut auf die Wechselwirkung zwischen Emotionen und Emotionsregulation eingegangen. Die Emotionsregulation soll dann einsetzen, wenn bereits eine Emotion ausgelöst wurde, oder die Erwartung auf eine Emotion besteht, bei welcher die Intensität und die Qualität beeinflusst werden kann (vgl. Zimmermann/Iwanski 2013:27).

Die Annahme, dass zwischen Emotionen und Emotionsregulation ein Zusammenhang besteht, erscheint für den weiteren Verlauf dieser Arbeit als essentiell. In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Emotionsregulation die Prozesse beschreibt, welche die Überwachung, Steuerung und Bewertung von Emotionen vollziehen. Die Regulation bezieht

sich auf die Intensität, die Qualität und die Dauer der jeweils erlebten Emotion und steht deshalb zwingend in einem Zusammenhang. Doch darauf wird später vertieft eingegangen. Zuerst wird die Kompetenz der Emotionsregulation und deren Entwicklung vorgestellt.

Die Emotionsregulation umfasst die Kompetenz, seine Emotionen herzustellen bzw. auszulösen und aufrechtzuerhalten, die Intensität und die Dauer der Emotion zu kontrollieren und zu steuern. Zusätzlich werden physiologische Prozess und Verhaltensweisen, welche diese Emotionen begleiten, beeinflusst (vgl. Friedmeier 1999, Webster-Stratton 2000, Eisenberg 2001 in Petermann/Wiedebusch 2003).

Demnach müssen gewisse Anforderungen bezüglich der Fähigkeit zur Emotionsregulation erfüllt werden. Beispielsweise benennen Eisenberg, Spinrad und Eggum (2010) vier Fähigkeiten, welche die Entwicklung der Emotionsregulation umfassen sollen (vgl. Eisenberg/Spinrad/Eggum 2010 in Kullik/Petermann 2012:21). Als eine Fähigkeit benennen sie die Aufmerksamkeit (den Anforderungen entsprechend) zu lenken und zu fokussieren. Weitere Fähigkeiten sind unangemessenes Verhalten zu hemmen, ein Verhalten zu zeigen, auch wenn eine starke Tendenz besteht, dieses zu vermeiden und die Fähigkeit exekutiver Funktionen, welche vor allem bei der Aufnahme und Einbeziehung von Informationen und der Planung eine wichtige Rolle spielen (vgl. ebd.:27).

Die Fähigkeit zur Emotionsregulation entwickelt sich bereits im frühesten Kindesalter und wirkt sich auf die spätere Entwicklung in der Kindheit und Jugend aus. Dementsprechend differenziert sich die Kompetenz der Emotionsregulation eines Kindes mit zunehmendem Alter weiter aus. Kleinkinder beispielsweise suchen in Situationen, welche ihre Emotionale Kompetenz überschreiten, die Unterstützung von Erwachsenen, doch bereits im Vorschulalter beginnen Kinder über ihre Emotionen zu kommunizieren. Als Jugendliche verfügen sie bereits über individuelle Strategien, um ihre emotionalen Reaktionen zu regulieren, z.B. bei Konflikten zu Hause mit Freunden darüber zu sprechen oder sich abzulenken etc. (vgl. ebd.:28).

Kullik und Petermann (2012:83) ergänzen potenzielle Einflussfaktoren, welche ausschlaggebend für die Entwicklung einer kindlichen Emotionsregulation sein können. Beispielsweise benennen sie das Alter, die neuronalen Reifungsprozesse, die Intelligenz, das Geschlecht und das Temperament eines Individuums als Faktoren, welche die Entwicklung der Emotionsregulation wesentlich beeinflussen können. Doch die Fähigkeit zur Emotionsregulation eines Kindes entwickelt sich nicht frei von äusseren Einflüssen. Auch das Erziehungsverhalten, die Responsivität von Bezugspersonen, die Beziehung zu Bezugspersonen, die Beziehungen zu Gleichaltrigen oder die Sozialkontakte im Allgemeinen sowie umweltbezogene und sozioökonomische Einflüsse können sich auf die Entwicklung der Emotionsregulation auswirken (vgl. Kullik/Petermann 2012:83). Aufgrund dessen kommen

Zimmermann und Iwanski (2013:29) zum Schluss, dass die Emotionsregulation eines Kindes sowohl durch das Kind selbst, aber auch durch andere Personen erfolgen kann, durch die sogenannte Ko-Regulation. In Albon (2013:19) beschreibt diesbezüglich intrinsische Faktoren, wie beispielsweise das Temperament und die neuronale Reife des Kindes, und extrinsische Faktoren wie z.B. die Beziehung des Kindes zu Bezugspersonen.

In einer Studie von Eisenberg, Fabes und Murphy im Jahre 1996 wurde untersucht, welchen Einfluss das soziale Umfeld auf die Entwicklung der Emotionsregulation von Kindern ausübt. Aus dieser Studie geht hervor, dass Kinder ihre Regulationsfähigkeiten, durch die impliziten und expliziten Bewertungen ihrer Emotionen durch ihr soziales Umfeld erlernen. Es zeigte sich in den Untersuchungen, dass Kinder von Eltern mit einer geringen Responsivität auf die kindlichen Emotionen über weniger konstruktive Regulationsfähigkeiten verfügen, als die Testgruppe, deren Eltern auf die kommunizierten Emotionen eingegangen sind und die gegebenenfalls ihre Kinder bzw. deren emotionale Reaktion angeleitet haben. Dies soll damit begründet sein, „dass ein emotional unterstützendes Verhalten der Eltern das emotionale Bewusstsein und Verständnis ihrer Kinder grundlegend fördern.“ (Eisenberg/Fabes/Murphy 1996 zit. in Kullik/Petermann 2012:95)

Es wird somit davon ausgegangen, dass die Fähigkeit zu Emotionsregulation, je nach Individuum, unterschiedliche Voraussetzungen benötigt, um effektiv und optimal gefördert bzw. entwickelt zu werden. Wird ein Blick zurück, auf die vier Fähigkeiten zur Emotionsregulation von Eisenberg, Spinrad und Eggum (2010) geworfen, lässt sich erahnen, dass die emotionale Selbstregulation bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS eine noch komplexere Entwicklungsaufgabe darstellt, als für Kinder ohne ADHS Diagnose.

3.4 Die Auswirkung des ADHS auf die Fähigkeit zur Emotionsregulation

Wie bereits im Kapitel 2.3.2 vorgestellt, kann es sich für Kinder mit diagnostiziertem ADHS als schwierig gestalten, ihre Emotionen zu kontrollieren und zu steuern resp. zu regulieren. Wender (2012:13) begründet dies mit den nur selten oder gar nicht vorhandenen Strategien zur Steuerung der Emotionen. Aufgrund dessen wird ihr Alltag beispielsweise von Stimmungsschwankungen und –auslenkungen, schneller Irritation und Entmutigung, hoher Erregbarkeit und heftigen Reaktionen auf ärgerliche Situationen begleitet (vgl. Wender 2012:31f., Neuhaus 2012:49).

Die Verbindung zwischen dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom und den Schwierigkeiten von betroffenen Kindern, ihre Emotionen zu regulieren, begründet Fröhlich-Gildhoff (2013:48) schlicht in der dysfunktionalen Regulation der Emotionen, welche zu eben jenen Verhaltensauffälligkeiten des ADHS führen soll. Darunter fallen die Merkmale der

Sozialen Kompetenz der Kinder mit ADHS, ihre möglichen Defizite bezüglich der Aufmerksamkeit und das kindliche Temperament.

Im Kapitel 3.1 wird beschrieben, wie sich Emotionen auf die soziale Interaktionen auswirken können. Zusätzlich wurde im Kapitel 2.3.5 vorgestellt, welche Störungen des Sozialverhaltens Kinder mit diagnostiziertem ADHS aufweisen können. Aufgrund dessen lässt sich hier ein Zusammenhang vermuten, wodurch die nur selten oder gar nicht vorhandenen Strategien zur Emotionsregulation das Sozialverhalten von betreffenden Kindern beeinflusst. Ergänzend dazu können sich Unterschiede in der Emotionalität und der Emotionsregulation auf die sozialen Informationsverarbeitungsprozesse eines Individuums, in diesem Fall einem Kind mit ADHS, auswirken (vgl. Lemerise/Arsenion 2000 in Petermann/Wiedebusch 2003:60). Somit kann beispielsweise ein Kind mit einer hohen negativen Emotionalität, gekoppelt mit dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategien, Defizite bei der Informationsverarbeitung in sozialen Interaktionen aufweisen (vgl. ebd.:60). Weiter benennen Petermann und Wiedebusch (2003:60) drei Möglichkeiten, durch die sich eine hohe negative Emotionalität auf die soziale Kompetenz eines Kindes auswirken kann. Das häufige Erleben von negativen Gefühlen kann den Erwerb sozialer Fähigkeiten beeinträchtigen. Die negativen Gefühle können zu feindseligen Verhaltensweisen führen, sich negativ auf soziale Kontakte zu Gleichaltrigen auswirken und führen häufig zum vorzeitigen Abbruch von Sozialkontakten. Dadurch wird die Möglichkeit vermindert, soziale Fähigkeiten und sozial angemessenes Verhalten auszuüben (vgl. ebd.:60f.). Bei diesen drei Möglichkeiten lassen sich deutlich Parallelen, zu den charakteristischen Merkmalen eines Kindes mit ADHS, erkennen.

Bezüglich der Aufmerksamkeit und deren Auswirkung auf die Fähigkeit zur Emotionsregulation verweist In-Albon (2013:120) auf Befunde aus der ADHS-Forschung, „welche die Annahme fehlender Aufmerksamkeitskontrolle als Teil der Dysregulation auch bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS unterstützen.“ Sie begründet diese Annahme damit, dass Kinder mit ADHS in einer Situation eher auf negative Stimuli achten, diese subjektiv interpretieren und in Folge dessen eine situationsunangemessen heftige Emotion auslösen (vgl. ebd.:120).

Als drittes Merkmal wurde das kindliche Temperament genannt. Das Temperament eines Kindes beschreibt die Vielfältigkeit von Verhaltenstendenzen eines Kindes, die sich im Verlauf des Lebens kontinuierlich entwickeln. Zentner (1999) unterscheidet diesbezüglich zwei Temperamentsfaktoren: einerseits die physiologische Reaktivität beim Erleben spezifischer Emotionen und andererseits die genetischen Einflüsse auf die allgemeine emotionale Befindlichkeit bzw. die Emotionalität eines Kindes (Zentner 1999 in Petermann/Wiedebusch 2003:56). Gemeinsam mit den Strategien zur Emotionsregulation können diese

Temperamentsfaktoren die emotionale Selbstregulation eines Kindes beeinflussen (vgl. Petermann/Wiedebusch 2003:57).

Störungen der Emotionalen Kompetenz oder dysfunktionale Emotionsregulation können, vor allem im Sozialverhalten oder im schulischen Kontext, Defizite nach sich ziehen. Diese können sogar in Beeinträchtigungen ausschlagen, welche es den Kindern auf jeder Entwicklungsstufe an optimalen Voraussetzungen mangeln lässt, um neue Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können (vgl. Petermann/Wiedebusch 2003:17). Um diese negativen Konsequenzen so früh wie möglich vorzubeugen, ist es notwendig die Kompetenz der Emotionsregulation als wichtige Kompetenz der kindlichen Entwicklung zu erkennen (vgl. Kullik/Petermann 2012:44).

Doch nur durch die Erkenntnis dieser Tatsache, lassen sich die Quellen für Entwicklungsstörungen nicht automatisch beheben. Fröhlich-Gildhoff (2013:48) weist darauf hin, dass die Bezugspersonen eines Kindes ebenfalls Störungen verursachen können. Beispielsweise können die Bezugspersonen die emotionale Spannung eines Kindes nicht adäquat ‚herunterregulieren‘ oder sie sogar ‚überregulieren‘, wodurch eine permanente dysfunktionale Emotionsregulation entstehen kann. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass ein Teufelskreis entsteht, wenn das Kind erfährt, dass seine innere Stimmung nicht durch die Bezugsperson reduziert werden kann und es deshalb in einem andauernden Spannungszustand bleibt. Dieser Zustand wird durch Aktivitäten wie z.B. Schreien, Fluchen etc. aufrechterhalten und baut sich nicht ab. Dadurch steigt wiederum die innerliche Spannung bei den Bezugspersonen, welche sich in negativen Gefühlen äussern können. Dies kann eine negative Gegenübertragung zur Folge haben. Diese verstärken daraufhin die innere Spannung und die Unruhe in betreffendem Kind und der Teufelskreis schliesst sich (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2013:48). Die adäquaten Strategien zur Emotionsregulation werden dem Kind, in diesem Beispiel des Teufelskreises, weder vorgezeigt noch gefördert.

Die Unterstützung und Förderung adäquater Strategien zur emotionalen Selbstregulation, im speziellen für Kinder mit diagnostiziertem ADHS, kann beispielsweise durch eine professionelle Begleitung erfolgen. Wenn wir uns an die vorgestellte Erziehungshilfeeinrichtung ‚Gute Herberge‘ erinnern, bei der eine familienähnlich strukturierten Betreuungsform angewendet wird, könnte durch die Bezugsperson-Kind-Interaktion, in Verbindung mit einer gezielten Förderung, die Fähigkeit zur Emotionsregulation unterstützt werden.

4. Die Interventionsplanung zur Förderung der

Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS

Durch die Erarbeitung der vorangegangenen Themen, des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms und der damit einhergehenden dysfunktionalen Emotionsregulation von betroffenen Kindern, wurde deutlich, dass diesbezüglich ein Förderungsbedarf bestehen kann. Im Kontext einer Erziehungshilfeeinrichtung besteht die Möglichkeit, Kinder mit ADHS, durch eine professionelle Unterstützung, in ihren emotionalen sowie sozialen Kompetenzen zu fördern.

In diesem Kapitel werden zuerst der Begriff der Intervention erläutert, mögliche Interventionen vorgestellt und die Realisierbarkeit dieser Interventionen in einer Erziehungshilfeeinrichtung reflektiert. Bei der Anzahl der Möglichkeiten erschien es nicht als sinnvoll, sich auf eine bestimmte Zahl festzulegen, sondern eher darauf zu achten, ein weites Spektrum von verschiedenen Möglichkeiten abzudecken. Die ausgewählten Interventionsmöglichkeiten setzen unterschiedliche Schwerpunkte der Förderung. Dies wurde absichtlich so gewählt, um die Nichtstandardisierbarkeit zu verdeutlichen und einen abwechslungsreichen Katalog von Interventionsmöglichkeiten zusammenzutragen.

In meiner Zeit als Praktikantin in verschiedenen Schulheimen, wurde bei der Förderplanung für die Klientel nach dem Prozessmodell ‚kooperative Prozessgestaltung‘ von Hochuli Freund/Stotz (2011) gearbeitet. Aufgrund dessen stützt sich dieses Kapitel auf das methodische Konzept dieses Prozessgestaltungsmodells, bzw. auf den Prozessschritt der Interventionsplanung.

4.1 Definition der Interventionsplanung

Der Oberbegriff ‚Intervention‘ bezeichnet, so Hochuli Freund und Stotz (2011:262), ein geplantes, zielgerichtetes Handeln. Müller (2009:68f.) interpretiert diesbezüglich eine Intervention als ein vermittelndes Dazwischentreten zwischen ein Individuum und sein Problem. Dementsprechend kann die Intervention auch als ein Vorgehen bezeichnet werden, bei dem sich in einen Fall bzw. in ein Leben ‚eingemischt‘ wird (vgl. ebd.:140).

Mit dem Aspekt der Planung ist das intentionale, zukunftsorientierte Überlegen und Handeln gemeint, welches im Kontext der Sozialen Arbeit auch als „ein spezifisches, gegenüber dem sonstigen Handeln hervorgehobener zukunftsbezogener Reflexionsmodus bezeichnet.“ (Merchel 2005:1364)

Zusammenfassend kann die Interventionsplanung als ein zukunftsbezogenes, zielorientiertes Nachdenken, über einen Fall bzw. ein Individuum und dessen Problemlage, verstanden

werden, welches Aufschluss darüber gibt, wie in einem Fall zukünftig vorgegangen werden soll (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011:262).

4.2 Die Aufgaben und das Vorgehen

Bereits in diesem Teil soll von der allgemeinen Bezeichnung der Erziehungshilfeeinrichtung abgesehen und wieder Bezug auf das Praxisbeispiel ‚Gute Herberge‘ genommen werden. Wenn wir uns die Ziele der Heimerziehung im Kapitel 2.6.2 in Erinnerung rufen wird deutlich, dass die Planung einer Intervention nicht das Individuum beeinflusst, sondern durch Veränderungen der Lebensbedingungen in einem spezifischen Lebensfeld neues, sinnvolles Verhalten und ein gelingender Alltag ermöglicht werden soll. Nach Hochuli Freund und Stotz (2011:115) suchen die Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit eine Unterstützung, „die individuell auf sie abgestimmt ist, sie in ihren eigenen Bestrebungen unterstützt, ihren Eigensinn respektiert, die Besonderheit ihrer Lebenswelt erkennt und die bestehenden sozialen Netzwerke mit einbezieht und nicht eine Sozialpädagogin, die mit einer ganz bestimmten Methode oder Technik ‚bedient‘.“ Somit ergibt sich die Aufgabe nach der Suche der adäquaten Methode resp. Interventionsmöglichkeit.

Diese Suche beginnt bei der Hauptaufgabe des (sozial-)pädagogischen Handelns; der Klärung der Hintergründe und der Motivation, welche hinter dem Verhalten von jedem Individuum resp. der Klientel verborgen sind. Amft, Gerspach und Mattner (2002:158) äussern diesbezüglich eine nachvollziehbare Begründung:

„Ohne zu wissen, warum ein Kind etwas tut
– was es oft selbst nicht bewusst weiss -
können wir gar nichts machen.“

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit, im Praxisbeispiel ‚Gute Herberge‘ die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, sollen dementsprechend die Frage klären, weshalb ein Kind sich auf die Art und Weise verhält. Die im Kapitel 2.2 und 2.3 vorgestellten charakteristischen Merkmale des ADHS tragen wesentlich zur Beantwortung dieser Frage bei. Dementsprechend können sie die Herleitung einer Begründung für das Verhalten eines Kindes mit ADHS unterstützen. Am Beispiel der Emotionsregulation wird deutlich, dass die emotionale Kompetenz und die emotionale Selbstregulation bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS Defizite bezüglich Strategien aufweisen können. Wird dieser Aspekt mit der Annahme verglichen, dass die Entwicklung effektiver Emotionsregulation und einer sozialen Kompetenz von adäquaten Strategien abhängig ist, wird deutlich, dass ein Förderungsbedarf bestehen kann.

Um die Lebenswelt der Kinder mit diagnostiziertem ADHS zu respektieren bzw. zu wahren, können sich Professionelle am Lebensweltorientierten Ansatz von Thiersch (2009) orientieren.

Dies würde eine Öffnung gegenüber dem Alltag der betroffenen Kinder und eine flexible Anpassung des pädagogischen Angebots resp. der Intervention an diese konkrete Lebenswelt bedeuten. Im Gegensatz zu einer Therapie ist die Lebenswelt im Alltag der Kinder stets Teil der Intervention (vgl. Thiersch 2009: 25). Brandau, Pretis und Kaschnitz (2003:87) entwickelten ein Konzept bezüglich Interventionen, bei dem die Schwerpunkte so ausgerichtet werden sollen, dass es „weniger um eine Anpassung des Verhaltens der Kinder an allgemeine Erziehungsstile, sondern vielmehr um die Moderation der problematischen Interaktion aller Betroffenen im ADHS-System mit dem Ziel schrittweiser Entwicklungsprozesse“ geht. Ergänzend dazu müssen drei Aspekte in Förderprogrammen für Kinder mit ADHS einbezogen werden. Zum Ersten, dass Kinder mit ADHS dazu befähigt werden, sich besser selbst zu steuern und zweitens, dass die Unterstützung von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder Bezugspersonen vorhanden ist. Als dritter Aspekt wird der Einbezug der Lebenswelt des Kindes benannt, beispielsweise das Team aus Fachkräften, wie es in einem Schulheim anzutreffen ist (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003:103).

4.2.1 Die Ziele einer Förderung der emotionalen Kompetenz von Kindern mit ADHS

Der Aufbau einer Intervention beginnt mit der Überlegung, welche Teilschritte darin enthalten sind und welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen (vgl. Galuske 2007:27). Petermann und Wiedebusch (2003:86) beispielsweise formulieren Teilschritte, welche dazu beitragen sollen, die Entwicklung emotionaler Kompetenz von Kindern mit ADHS zu fördern. Spannend dabei ist, dass diese Teilschritte bzw. deren Umsetzung von den erwachsenen Personen, im Falle eines Schulheims die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen der Wohngruppe, gewährleistet werden muss. So sollen die Kinder das Recht haben, ihre eigenen Emotionen offen auszudrücken. Die Fachkräfte haben somit die Aufgabe, ein emotional ausgeglichenes Wohngruppenklima zu schaffen, welches einen offenen und toleranten Umgang mit positiven und negativen Emotionen fördert. Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sollen responsiv auf die emotionalen Bedürfnisse der Kinder mit ADHS eingehen bzw. unmittelbar und sensibel auf die Gefühlsäußerungen der besagten Kinder reagieren. Im Alltag soll die Möglichkeit geboten werden, häufig mit den Kindern über Emotionen zu reden, um dadurch ihr Emotionsverständnis zu verbessern. Die Professionellen übernehmen eine Ko-Regulation der Emotionen der Kinder, entsprechend ihrer Bedürfnisse. Es erfordert ein gesundes abwägen des notwendigen Bedarfs dieser Ko-Regulation, denn gleichzeitig soll die Eigenständigkeit der Kinder, bei der Regulation ihrer Emotionen, gefördert werden (vgl. Petermann/Wiedebusch 2003:86).

Um simultan auch das Sozialverhalten der Kinder mit ADHS zu fördern, kann das Erleben von Emotionen in sozialen Interaktionen angeregt und unterstützt werden. Die Entwicklung von Empathie und prosozialem Handeln kann bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS gefördert

werden, in dem die Fachkräfte der Sozialen Arbeit beispielsweise häufig selbst Mitgefühl zeigen, ein Wohngruppenklima schaffen, in dem wenig feindselige Emotionsäusserungen stattfinden und den Kindern erlaubt wird negative Gefühle, wie z.B. Ärger, Angst, Wut, Trauer, etc., zu äussern, sofern diese den anderen Kindern und Professionellen nicht schadet. Es soll versucht werden, die Kinder dabei zu unterstützen, sich in das emotionale Erleben anderer hineinzusetzen und die Emotionen anderer zu verstehen (vgl. Petermann/Wiedebusch 2003:86).

Als Rahmenbedingungen werden die Möglichkeiten bzw. die Ressourcen einer Wohngruppe eines Schulheims, in dieser Arbeit die Rahmenbedingungen des Praxisbeispiels ‚Gute Herberge‘, festgelegt.

Im nachfolgenden Kapitel werden Interventionsmöglichkeiten vorgestellt, die einen offenen Umgang mit Emotionen, eine differenzierte Wahrnehmung eigener Emotionen und der Emotionen anderer, die Verbesserung des sprachlichen Ausdrucks von Emotionen sowie des Emotionsvokabulars, eine Verbesserung des Emotionsverständnisses und –wissens und die Ausbildung von Empathie fördern sollen. Das Hauptaugenmerk jedoch liegt auf der Förderung der Entwicklung einer eigenständigen Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS.

4.3 Die Interventionsmöglichkeiten, zur Förderung der Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS, in einer Erziehungshilfeeinrichtung

In diesem Kapitel werden Interventionsmöglichkeiten aufgeführt, welche Kinder mit diagnostiziertem ADHS im Kontext ihrer Lebenswelt, in diesem Fall eines Schulheims, in ihrer Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation unterstützen und fördern sollen. Wie bereits erwähnt, werden Interventionsmöglichkeiten vorgestellt, die sich auf unterschiedliche Schwerpunkte konzentrieren und ein weites Spektrum an Vielfalt gewährleisten sollen. Die aufgeführten Interventionsmöglichkeiten unterscheiden sich ausserdem in ihren Durchführungsmodalitäten wie beispielsweise der Dauer, der Häufigkeit oder des Strukturierungsgrades.

Im Anschluss an die grob zusammengefasste Interventionsmöglichkeit wird diese kritisch reflektiert und auf ihre Realisierbarkeit im Schulheim überprüft. In der Fachliteratur werden die vorgestellten Interventionsmöglichkeiten und deren Realisierbarkeit in einer stationären Erziehungshilfe nicht diskutiert. Aufgrund dessen werden die Interventionsmöglichkeiten, an Hand der aufgeführten Ziele der Heimerziehung, der Betreuungsform einer Heimerziehung am Praxisbeispiel ‚Gute Herberge‘ und den Förderzielen aus dem vorangegangenen Kapitel, reflektiert.

4.3.1 Strukturierende Massnahmen

Im Alltag einer Wohngruppe dienen strukturierende Massnahmen nach Gawrilow (2012:141) dazu, „den Kindern ein Gerüst für ihr Handeln zu geben.“ Aufgrund ihrer möglicherweise vorhandenen Defizite der emotionalen Selbstregulation sind diese strukturierenden Massnahmen gerade für Kinder mit diagnostiziertem ADHS von grosser Wichtigkeit. Situationen wie beispielsweise dem Erledigen von Hausaufgaben, dem Zubettgehen oder dem Aufstehen, dem Vorbereiten auf die Schule, während die Fachkräfte telefonieren, wenn die Wohngruppe oder ein Kind Besuch erhält, das Erledigen von Ämtli, gemeinsame Malzeiten oder das Spielen mit anderen, können Kinder mit ADHS vor eine komplexe Bewältigungsaufgabe, bezüglich emotionaler Selbstregulation, stellen. Aufgrund dessen erscheint es wichtig, Rahmenbedingungen in Form von eben jenen strukturierenden Massnahmen festzulegen, um die Kinder mit ADHS und ihre Fähigkeit zur Emotionsregulation indirekt zu fördern. Indirekt deshalb, da keine expliziten Ziele formuliert werden. Die Rahmenbedingungen ergeben sich beispielsweise in der Strukturierung des Tagesablaufes, einem Terminkalender, einem Aufgabenplan, Gruppenregeln und einer Zimmerordnung (vgl. ebd.:142). Beispielsweise sind in diesen Gruppenregeln Aspekte enthalten, die einen offenen und toleranten Umgang mit positiven und negativen Emotionen seitens der wohnhaften Kinder sowie der Fachkräfte festlegen oder dass feindselige Emotionsäusserungen in der Wohngruppe nicht toleriert werden.

Die strukturierenden Massnahmen können von Institution zu Institution resp. von Wohngruppe zu Wohngruppe unterschiedlich geregelt werden. Meist jedoch unterscheiden sie sich eher im Detail und nicht in der groben Planung. So beginnt z.B. jeder Tag mit dem Wecken der Kinder, wobei Uhrzeit, Reihenfolge etc. variieren können. Danach folgt die Morgenhygiene und das Vorbereiten auf das nachfolgende Programm (Schule, Wochenende, Ausflug usw.) Nach dem gemeinsamen Frühstück wird jedes Kind verabschiedet und auf den Schulweg geschickt, wobei sie auch begleitet werden können. Wenn die Kinder wieder aus der Schule zurück im Schulheim sind, folgt das gemeinsame Mittagessen. Nach dem Zähneputzen werden die Hausaufgaben und Ämtli erledigt. Wenn alle Aufgaben abgeschlossen sind, dürfen die Kinder ihre Freizeit bis zum gemeinsamen Abendessen planen, mit einer Fachkraft besprechen und Vereinbarungen treffen. Zwischen dem gemeinsamen Abendessen und dem Zubettgehen wird Zeit eingeräumt für Zähneputzen, Duschen etc. und freies Spielen. Danach werden die Kinder zu altersentsprechenden Uhrzeiten ins Bett gebracht. Jeder Ablauf und jede kleinere Aufgabe auf dem Tagesplan sind den Kindern bekannt (vgl. Heidemann/Greving 2011:162-167).

Die strukturierenden Massnahmen im Tagesablauf sollen sich, nach Gawrilow (2012:142), positiv auf das Kind mit ADHS auswirken. Die Routine und die Stabilität geben den Kindern mit ADHS wichtige Anhaltspunkte und Sicherheit, wodurch ihre Fähigkeit zur emotionalen

Selbstregulation unterstützt werden kann. Die Professionellen sind dafür verantwortlich, dass diese Struktur und diese Stabilität aufrecht erhalten bleibt, denn Kinder mit ADHS sind aus eigener Kraft kaum dazu in der Lage (vgl. Gawrilow 2012:142).

4.3.1.1 Reflexion

Nach der Definition der Heimerziehung von Günder (2011:19) soll in einem Schulheim ein positiver Lebensort für die Kinder mit ADHS geschaffen werden. Dieser positive Lebensort findet sich, meiner Meinung nach, in einem geregelten und stabilen Umfeld, welches den Kindern Sicherheit und Halt bietet. Durch diese Struktur soll das Gelingen des Alltags eines Kindes gewährleistet werden. In Anlehnung an den lebensweltorientierten Ansatz und das Konzept des Schulheims ‚Gute Herberge‘ richtet sich die Alltagsgestaltung nach den Bedürfnissen, dem Alter und den Problemlagen eines Kindes. Das Schulheim setzt dies beispielsweise so um, dass die Kinder immer in einen für sie überschaubaren Tagesablauf eingebunden werden. Dementsprechend ist den Kindern der Tages- und Wochenplan transparent kommuniziert worden resp. bekannt. Dadurch sind dem Kind auch Termine und wichtige Ereignisse im Vorherein bekannt und es kann sich emotional darauf vorbereiten.

Der Tages- und Wochenplan bietet den Kindern mit ADHS Struktur und Orientierungshilfe. Sie wissen, was auf sie zukommt und was sie noch zu erledigen haben. Beispielsweise könnten die Pläne an einem Ort der Wohngruppe visualisiert werden. Durch die Visualisierung können sich die Kinder mit ADHS auch selbstständig am Plan orientieren und sich selbst über kommende Ereignisse und Aufgaben informieren. Ich habe bisher in den Praktika erlebt, dass eine Glaswand oder ein Whiteboard dafür geeignet sind. Jeden Morgen schreibt eine Fachkraft die verschiedenen Aufgaben und Termine eines Kindes in den Tagesplan. Die erledigten Aufgaben können danach auch selbstständig vom Kind von der Glaswand oder dem Whiteboard ‚gelöscht‘ werden. Wenn die Ereignisse, Termine und Aufgaben visuell dargestellt und für die Kinder verständlich kommuniziert wurden, jeden Tag im Groben und Ganzen ähnlich verlaufen, können beispielsweise grössere Diskussionen über den Ablauf vermieden werden. Dadurch können weniger emotional anspruchsvolle Situationen für das Kind entstehen, es erlebt weniger Stimmungsschwankungen durch überfordernde soziale Interaktionen und lernt, in solchen Situationen seine Emotionen zu regulieren. Doch trotz Struktur und Planung darf die Zeit nicht fehlen, auf jedes Kind einzugehen, sich seiner anzunehmen und ihm den Freiraum für seine Entwicklung zu lassen.

Die Intervention der strukturierenden Massnahmen verlangt von den Professionellen ein kritisches und geplantes Einsetzen von Hilfsmitteln, um sinnvoll zu strukturieren. Diese Aufgabe kann verschieden Spannungsfelder hervor bringen. Beispielsweise hängt die Strukturierung davon ab, welche Strukturierungshilfen den Professionellen bekannt sind und

ob im Team der Professionellen ein Konsens über geeignete Strukturierungshilfen besteht. Zudem muss geklärt werden, welche Anforderungen die spezifische Institution an die Kinder stellt, um zu erfahren, wieviel Anpassungsdruck vorhanden ist oder wieviel Freiraum den Kindern ermöglicht wird.

Die Intervention der strukturierenden Massnahmen beinhaltet viele alltägliche Arbeiten und scheint deshalb wenig spektakulär oder zu wenig zielorientiert. Doch das pädagogische Alltagshandeln hat für mich eine wichtige Bedeutung in der Begleitung und Förderung von Kindern mit diagnostiziertem ADHS. Aus meiner Erfahrung hindern Hektik und Chaos im Heimalltag die pädagogische Förderung.

Die Betreuungsform der Heimerziehung ist ‚unnatürlich‘. Es leben bis zu zehn Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Herkunft in einer Wohngruppe zusammen, die von Professionellen der Sozialen Arbeit begleitet werden. Meist zeigen die Kinder und Jugendlichen in dieser Wohngruppe Entwicklungsdefizite und/oder Verhaltensauffälligkeiten. Dadurch kann Hektik und Chaos schnell entstehen. Diese Tatsache macht für mich deutlich, dass der Alltag einer Wohngruppe Planung und Struktur benötigt. Aufgrund dessen müssen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit mit der Thematik des pädagogischen Alltagshandelns unbedingt auseinandersetzen, um eine bestmögliche Förderung der Kinder mit ADHS zu gewährleisten.

4.3.2 Klare und konsequente Regeln

Zuerst bedarf es einer Erklärung was unter klaren und konsequenten Regeln verstanden wird. Mit klar sind Regeln und Erwartungen an das Kind gemeint, die stets mit den gleichen Konsequenzen behaftet sind. Wird eine bestimmte Regel missachtet bzw. gegen sie verstossen, wird die darauffolgende Konsequenz jedes Mal die Selbe sein. Wird die Erwartung erfüllt, wird dem Kind jedes Mal Anerkennung und Lob zuteil. Konsequente Regeln sind Regeln, welche sich nicht jeden Tag verändern und gleichermassen eingehalten werden sollen (vgl. Wender 2002:83). Ergänzend dazu bedeutet konsequent ebenfalls, dass für alle Beteiligten die gleichen Regeln sowie Konsequenzen gelten (vgl. Köckenberger 2001:112). Die Formulierung der Regeln sollte so detailliert wie möglich übermittelt werden, z.B. lautet die Regel, dass die Stimmlage eines Kindes bei einer Diskussion mit anderen leise und ruhig bleiben soll. Dabei ist unklar, ob einfach nur die Lautstärke gesenkt bleiben oder ob fluchen, beschimpfen, beleidigen etc. vermieden werden soll. Aufgrund dessen ist es für Kinder mit ADHS hilfreich, wenn im Zusammenhang mit der Regel eine erwünschte Verhaltensweise, möglichst positiv formuliert, in einer solchen Situation übermittelt wird. Zusätzlich sollen den Kindern mit ADHS Regeln vorgeschrieben werden, die sie erwarten können, d.h. die Regeln sind bereits vor einem Regelverstoss aufgestellt und kommuniziert worden (vgl. Wender

2002:83). Köckenberger (2001:112) erwähnt, dass diese Regeln, wenn nötig, jeden Tag wiederholt werden sollen. Zudem sollen sie ohne Verhandlungen und lange Erklärungen konsequent eingehalten werden. Dies begründet er damit, dass die Absprachen betreffend Regelungen bekannt sein sollten und dementsprechend nicht in jeder Situation neu darüber verhandelt werden muss (vgl. Köckenberger 2001:112).

Es können aber auch Situationen eintreten, bei denen Kinder gegen Regeln verstossen, an welche die Professionellen im Vorherein nicht gedacht haben. In diesem Fall können die Regeln nach dieser Situation aufgestellt und für nachfolgende Situationen geltend gemacht werden (vgl. Wender 2002:84). Wender (2002:84) vertritt diesbezüglich die Ansicht, dass im Grossen und Ganzen die Professionellen für die meisten Alltagsaktivitäten Regeln aufstellen können und sollten und das Einhalten, eben dieser Regeln, konsequent durchgesetzt werden sollte.

Klare und konsequente Regeln bilden, wie auch strukturierende Massnahmen, Rahmenbedingungen im Alltag einer Wohngruppe, welche ein Kind mit diagnostiziertem ADHS dabei unterstützen können, ihre emotionale Befindlichkeit zu regulieren. Die Vorhersehbarkeit und die konsequente Vorgehensweise geben eine Struktur bzw. eine Stabilität vor, mit deren Hilfe Kinder mit ADHS sich selbst besser regulieren können. Zum einen wissen sie, mit welchen Reaktionen bzw. Konsequenzen auf ihr Handeln reagiert wird, zum anderen können durch die vorhersehbaren Regeln grössere Stimmungsschwankungen vermindert werden (vgl. Wender 2002:83).

4.3.2.1 Reflexion

Diese Interventionsmöglichkeit kann als ein Teil der strukturierenden Massnahmen betrachtet werden. Durch die aufgestellten und konsequent eingehaltenen Regeln einer Wohngruppe kann neues sinnvolles Verhalten und ein gelingendes Bewältigen des Alltags gefördert werden. Es erfordert das Aufstellen von Regeln und Erwartungen, welche den Förderzielen der Emotionsregulation entsprechen. Die Realisierbarkeit in einer Wohngruppe lässt sich mit derjenigen, der strukturierenden Massnahmen, vergleichen.

Einerseits brauchen Kinder mit diagnostiziertem ADHS viel Struktur und Reglementierung. Andererseits bereitet es ihnen Mühe Regeln und Aufträge zu überschauen und sich an diese zu halten (vgl. Köckenberger 2001:112). Aufgrund dessen erachte ich diese Interventionsmöglichkeit als einen Balanceakt. Es sollten nicht zu viele und nicht zu wenige Regeln aufgestellt werden, denn zu viele Regeln machen abhängig und lassen nur wenig Selbstverantwortung und wenig eigene Strukturierungsversuche zu. Ausserdem gilt bei jeder aufgestellten Regel kritisch zu reflektieren, inwiefern die emotionale Kompetenz eines Kindes

mit ADHS reglementiert werden soll und kann. Dann stellt sich mir die Frage, welche Regeln für das freie Spiel gelten sollen. Auch da gilt abzuwägen, welche Regeln förderlich und welche hinderlich für die kindliche Entwicklung sind, welche Regeln den Freiraum der Kinder zu sehr einengen und welche Regeln notwendig sind, um Hektik und Chaos zu verhindern.

Die Intervention der klaren und konsequenten Regeln erfordert eine fortlaufende Reflexion der Professionellen über ihr eigenes Handeln bzw. über die von ihnen aufgestellten Regeln. Das Aussprechen von Lob und Anerkennung sollte in einem Ausgleich zur Kritik und Ermahnung stehen. Dann, so vermute ich, ist diese Interventionsmöglichkeit langfristig sehr effektiv.

4.3.3 Der Verstärkerplan

Kinder mit diagnostiziertem ADHS können in Situationen, in denen Frustrationen oder Versagensängste entstehen können, oder bei gewissen Aufgaben, die sie nicht glauben bewältigen zu können, auf viel Lob und Zuspruch angewiesen sein, um ihre Emotionen zu regulieren.

Der Verstärkerplan wird dann eingesetzt, wenn eine neue, erwünschte Verhaltensweise angestrebt wird und ist individuell umsetzbar. Im Sinne der Förderung der Emotionsregulation können somit Verhaltensweisen verstärkt werden, welche zu dieser Fähigkeit beitragen oder Strategien zur Selbstregulation beinhalten. Um dies zu erreichen, werden sogenannte Tokensysteme eingesetzt. Token sind Belohnungspunkte in Form von beispielsweise Bausteinen, Stempeln, Münzen, Smiley-Klebern etc., welche bei einer vereinbarten Anzahl gegen eine grössere Belohnung eingetauscht werden können. Bei dieser Interventionsmöglichkeit ist vor allem wichtig, dass die Vorgehensweise resp. die Zielerreichung und das Ziel an und für sich, in einem gemeinsamen Prozess von Fachkraft und Kind vereinbart werden. Ebenfalls sollte die Belohnung den Bedürfnissen des Kindes angepasst werden, jedoch sich unrealistische Belohnung, wie z.B. zwei Tage in den Freizeitpark, klar abzulehnen. Es sollte auch abgewogen werden, ob eine materielle Belohnung angemessen ist oder eher eine persönliche, wie z.B. eine halbe Stunde mit einem Erwachsenen etwas spielen oder ein Erwachsener liest eine Geschichte vor usw. Bei der Vergabe der Punkte bzw. den Verstärkern, sollte darauf geachtet werden, dass das Kind mit ADHS nicht davon ‚satt‘ wird bzw. die Motivation die Punkte zu sammeln aufrecht erhalten bleibt.

Wie der Name schon sagt, werden bei dieser Interventionsmöglichkeit erwünschte Verhaltensweisen positiv verstärkt. Die Ziele sollten auch hier zu Beginn des Prozesses eher niedrig gehalten werden, um die Motivation des Kindes aufrecht zu erhalten. Mit der Zeit können die Ziele dann anspruchsvoller formuliert werden. Der Verstärkerplan wird solange fortgesetzt, bis das vereinbarte Ziel erreicht wurde (vgl. Egger- Agbonlahor 2006:2f.).

Mögliche Ziele für den Verstärkerplan könnten beispielsweise folgendermassen formuliert werden:

„Bei einer Diskussion bleibt meine Stimme leise und ruhig.“

„Ich teile mit, wie es mir geht.“

Bei diesen Beispielzielen soll der Verstärkerplan dazu führen, dass ein Kind mit ADHS bei einer Diskussion nicht beginnt zu schreien oder zu quengeln, zu fluchen und zu beleidigen, wenn die Diskussion nicht den Verlauf nimmt, den es sich erhofft hat. Oder die Fähigkeit zum verbalen Emotionsausdruck soll gefördert werden, in dem das Kind übt, seine Emotionen mitzuteilen. Dabei spielt wiederum eine Rolle, dass der Ton der Stimme, der Situation und dem Gegenüber, angepasst ist resp. auf eine anständige, respektvolle Art und Weise kommuniziert wird. Bei der Zielformulierung gilt zu beachten, diese positiv zu halten.

4.3.3.1 Reflexion

Bei dieser Interventionsmöglichkeit können die Förderziele der Emotionsregulation individuell und in Kooperation mit den Kindern formuliert werden. Diese Möglichkeit der Mitwirkung einerseits und der Belohnung andererseits, können eine hohe Motivation hervorbringen. Der Verstärkerplan ist sehr flexibel aufgebaut, was die Dauer der Durchführung und die Formulierung des Ziels betreffen. Die Methode des Verstärkerplans kann während des Prozesses laufend angepasst werden. Er kann sowohl bei einem Kind, wie auch bei drei Kindern oder einer ganzen Wohngruppe eingesetzt werden.

Die Zielformulierung entspricht dem lebensweltorientierten Ansatz und erfordert eine Kooperation zwischen Fachkräften und Kindern. Im Schulheim ‚Gute Herberge‘ wird darauf Wert gelegt, altersentsprechende Förder- oder Interventionsplanungen zu initiieren, welche sich an den Stärken und Ressourcen der Kinder orientieren und auf diesen aufbauen.

Das jeweilige Ziel eines Verstärkerplans wird mit der entsprechenden Bezugsperson vereinbart, ebenso wie die darauf folgende Belohnung. Hier erscheint es sinnvoll, das Team von Fachkräften der Wohngruppe über die Intervention zu informieren und allenfalls zu delegieren, wie weiter vorgegangen werden soll. Denn, wie bereits erwähnt, arbeiten die Fachkräfte einer Wohngruppe im Schichtdienst. Die Kinder mit ADHS halten sich aber durchgehend auf der Wohngruppe auf. Somit sollen alle Fachkräfte über die Intervention informiert sein, um in der Abwesenheit der entsprechenden Bezugsperson die Intervention fortzuführen.

Im Konzept des Schulheims wird erwähnt, dass eine Aufenthaltsdauer von zwei Jahren üblich sei. In dieser Zeit könnte beispielsweise jede Woche oder jeden Monat ein neues Ziel formuliert werden, je nachdem wie anspruchsvoll das zu erreichende Ziel ist. Auch könnte der

Verstärkerplan von allen Kindern der Wohngruppe bewertet werden. Beispielsweise könnte sich die Wohngruppe jeden Freitagnachmittag versammeln und dabei jedem Kind zu seinem Ziel eine Rückmeldung geben. Die Kinder lernen dabei andere und sich selbst zu reflektieren, mit emotionalen Situationen, wie z.B. dass die Wohngruppe das Verhalten und die Zielerreichung eines Einzelnen bewertet, umzugehen und unterschiedliche Sichtweisen und Befindlichkeiten zu erkennen und zu verstehen. Die Punkte werden jedoch nur von den Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen vergeben.

Der Verstärkerplan dient zur Förderung der emotionalen Selbstregulation von Kindern mit ADHS und findet seine Anwendung in der Praxis. Meiner Ansicht nach dient er jedoch mehr der Ergänzung einer anderen Interventionsplanung. Zu diesem Schluss komme ich, da die Zielformulierung zu punktuell ansetzt und viele Aspekte der Ziele der Förderplanung für die Emotionsregulation, wie im Kapitel 4.2.1 aufgeführt, nicht gleichzeitig miteinbeziehen kann, im Gegensatz zu anderen Interventionsmöglichkeiten wie z.B. den strukturierenden Massnahmen.

4.3.4 Die Wenn-Dann-Pläne

Die Planung und Strukturierung einer Situation soll, nach Gawrilow (2012: 84), sehr effektiv für die Unterstützung der Selbstregulation sein. Aufgrund dessen stellt sie die Wenn-Dann-Pläne als eine zusätzlich passende und erfolgreiche Interventionsmöglichkeit vor, um die emotionale Selbstregulation von Kindern mit ADHS zu fördern. Die Wenn-Dann-Pläne unterscheiden sich von Zielintentionen. Bei einer Zielintention wird versucht ein Ziel X zu erreichen. Ein Wenn-Dann-Plan geht so vor: wenn die Situation Y eintritt, dann wird Handlung Z ausgeführt, wobei die Handlung Z eine zielführende Handlung ist und somit zum Ziel X führt (vgl. Gawrilow 2012:84). Beispielsweise könnte ein Wenn-Dann-Plan für ein Kind mit diagnostiziertem ADHS folgendermassen aussehen:

„Immer wenn ich bei einem Spiel verliere, dann versuch ich daran zu denken:
Es ist nur ein Spiel!“

Bei diesem Beispiel wäre das Ziel somit das Vermeiden extremer Frustration, ausgelöst durch das Verlieren eines Spiels.

„Wenn ich auf jemanden wütend werde, dann teile ich das dieser Person in einem
anständigen Ton mit.“

Hier wäre das Ziel, bei einer Auseinandersetzung oder einem Streit, andere Personen nicht zu beleidigen oder anzuschreien.

Zusammenfassend gestaltet wird ein Wenn-Dann-Plan eingesetzt, wenn ein unerwünschtes Verhalten verändert werden soll. Daraus erarbeiten das betreffende Kind und dessen Bezugsperson ein Ziel. Nun wird gemeinsam nach dem Lösungsweg gesucht, welcher von Situation Y zum Ziel X führt. Dazu wird auf das Kind eingegangen und dessen persönliche Fähigkeiten, Ressourcen und Stärken mit einbezogen. Daraus ergibt sich dann die Handlungsweise Z, welche die Zielerreichung X ermöglichen soll.

Wird das Ziel erreicht, erhält das Kind eine im Voraus vereinbarte Belohnung. Welche Art der Belohnung ausgesprochen wird, ist frei wählbar. Sie sollte jedoch individuell und der Situation entsprechend angepasst sein und möglichst zeitnah eingelöst werden (vgl. Gawrilow 2012:83).

4.3.4.1 Reflexion

Diese Methode der Unterstützung zur emotionalen Selbstregulation von Kindern mit ADHS bietet eine Möglichkeit, die selten oder gar nicht vorhandenen Strategien zu definieren und durch mehrfach wiederholtes Erleben dieser Strategien, diese zu verinnerlichen resp. sich anzueignen.

Die Komplexität der zu erreichenden Ziele kann ebenfalls individuell angepasst werden, wodurch beispielsweise zu Beginn dieser Intervention leichter zu erreichende Ziele formuliert werden können, um die Motivation und die Stärkung des Selbstwertgefühls zu gewährleisten. Zu einem späteren Zeitpunkt können die Ziele dann so formuliert werden, dass sich die Erreichung des Ziels für die Kinder anspruchsvoller bzw. herausfordernder gestaltet oder der Zeitraum, in welchem das Ziel erreicht werden soll, verändert wird.

Die Bezugspersonen von Kindern mit ADHS sind, meiner Meinung nach, dazu in der Lage, einen Wenn-Dann-Plan mit ihren Bezugskindern zu erarbeiten und diesen kontinuierlich anzupassen, zu verändern oder auszubauen (z.B. mit kreativen Ideen des Kindes) ohne den allgemeinen Tagesplan durcheinander zu bringen. Die Förderziele der Emotionsregulation aus Kapitel 4.2.1 können in die Zielformulierung eingebaut werden und gleichzeitig die individuelle und ressourcenorientierte Förderung ermöglicht werden.

Bei einer Wohngruppe mit acht Kindern, wie beim Praxisbeispiel ‚Gute Herberge‘, könnte die jeweils entsprechende Bezugsperson, mit jedem Kind einen individuellen Wenn-Dann-Plan erarbeiten und diesen beispielsweise im Wohnbereich oder in den jeweiligen Zimmern anbringen. Dadurch wären diese im Alltag sichtbar bzw. präsent und auch als visueller Orientierungspunkt für die Kinder möglicherweise hilfreich. Gleichzeitig könnte eine Durchführung dieser Intervention in der ganzen Wohngruppe dazu führen, dass die Kinder sich gegenseitig Tipps und Unterstützung geben können.

Diese Interventionsmöglichkeit weist mehrere Parallelen zu anderen Interventionen, wie z.B. dem Verstärkerplan, auf. Beide sind sowohl für ein Kind, wie auch für mehrere einsetzbar,

erlauben eine individuell angepasste Formulierung des Ziels und eine unterschiedliche Dauer der Durchführung.

Die Wenn-Dann-Pläne sind eine Möglichkeit der Intervention, welche Strategien zur Emotionsregulation gezielt und individuell fördern und verinnerlichen können. Jedoch ist die Anzahl der zu fördernden Strategien auf eine pro Plan festgelegt. Ich vermute, mehrere Wenn-Dann-Pläne mit mehreren Strategien würden ein Kind eher überfordern als fördern. Aufgrund dessen sollte das Ziel sehr offen formuliert werden, um viele Aspekte der Emotionsregulation abzudecken oder die Interventionsmöglichkeit wird als Ergänzung zu einer anderen genutzt.

4.3.5 Selbstinstruktionen

In Situationen und Aufgaben, die eine hohe Komplexität der Planung und Organisation aufweisen, kann es hilfreich sein, sich selbst Instruktionen über das weitere Vorgehen zu geben und sich an diesem Gedankengerüst zu orientieren.

Ein Selbstregulations-, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstraining können vielversprechende Lösungsstrategien sein, um die Kompetenz zur Emotionsregulation von Kindern mit ADHS zu fördern (vgl. Gawrilow 2012:126). Durch Selbstinstruktionen werden wertvolle Denkstrategien memoriert. Dies geschieht einerseits durch die Entwicklung von Schlüsselsätzen, welche einem Individuum bei der Ausführung komplexer Aufgaben oder bei der Bewältigung schwieriger Situationen als Orientierungshilfe dienen. Andererseits werden diese Schlüsselsätze durch mehrfaches wiederholen in entsprechenden Situationen auswendig gelernt. Der Grundgedanke dieser Technik besteht darin, dass diese Schlüsselsätze in Situationen, in denen sie von Nutzen sind, wiederholt und verinnerlicht werden und somit einem Individuum dabei helfen, eine anspruchsvolle Situation zu bewältigen.

Beispielsweise kann diese Technik ein Kind mit ADHS dabei unterstützen, die Entwicklung der Kontrolle über Wut oder Frustration zu fördern (vgl. Armstrong 2002:106). So kann eine mögliche Selbstinstruktion in einer Situation, in der ein Kind mit ADHS von einem anderen provoziert wird oder sich provoziert fühlt, folgendermassen lauten:

„Lass dich nicht provozieren. Bleib cool!“

Ein Selbstinstruktionstraining ist aber bei weitem nicht einfach nur Vorsagen des Professionellen und Nachsprechen des Kindes. Die Kinder mit ADHS sollen ihre eigenen Sätze entwickeln. Dabei werden sie von den Professionellen unterstützt. Diese können, wenn notwendig, einige Beispiele nennen, jedoch das Kind nicht dazu auffordern vorgegebene Sätze zu verwenden. Durch die eigene Entwicklung der Schlüsselsätze entsteht eine einzigartige Form individueller Ausdrücke, die dem Kind besser in Erinnerung bleiben als vorgegebene (vgl. Armstrong 2002:108). Wurde der Schlüsselsatz festgelegt, kann das

Selbstinstruktionstraining beginnen. Dieses setzt sich aus vier Phasen zusammen. In der ersten Phase wird das Kind aufgefordert den Schlüsselsatz laut auszusprechen. In der zweiten Phase soll es diesen dann flüstern. Als nächstes soll das Kind den Schlüsselsatz nur noch mit Lippenbewegungen andeuten und in der vierten und letzten Phase, spricht es den Satz nur noch innerlich (vgl. Armstrong 2002:108).

Nach Gawrilow (2012:132) ist die Interventionsmöglichkeit der Selbstinstruktion eine direkte Art und Weise die emotionale Selbstregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS zu fördern. Mit direkt ist gemeint, dass ein Kind dazu aufgefordert werden kann, Instruktionen in eigenen Worten zu wiederholen. Es sind nicht die Rahmenbedingungen von beispielsweise der Wohngruppe, welche das Selbstinstruktionstraining unterstützen, sondern gezielte Massnahmen von Professionellen. So kann die Selbstinstruktion beispielsweise gezielt beim Hausaufgaben machen gefördert werden, in dem das Kind darum gebeten wird, sich selbst beim Ablauf des Lösens von Aufgaben zu instruieren (vgl. ebd.:132).

4.3.5.1 Reflexion

Durch die gezielte Unterstützung einer Fachkraft, soll die Förderung von Kindern mit diagnostiziertem ADHS resp. deren Fähigkeit sich selbst und ihre Emotionen durch individuelle Schlüsselsätze regulieren zu können, gewährleistet werden.

Wird diese Interventionsmöglichkeit den Förderzielen und dem Professionellen Handeln des Schulheims ‚Gute Herberge‘ gegenüber gestellt, so fällt auf, dass eine gezielte Förderung, dem Konzept des besagten Schulheims entsprechend, durchgeführt wird. Durch die eigene Entwicklung der Schlüsselsätze, wird den Kindern nicht eine Anpassung ihrer Person an die Methode aufgezwungen, sondern die Methode passt sich der Person resp. dem Kind mit ADHS an. Somit haben die Kinder in der Förderung bzw. der Zielerreichung eine Entscheidungsmacht inne, welche sie mit dem individuellen Entwickeln dieses Schlüsselsätze einzusetzen vermögen. Damit die Technik der Selbstinstruktion jedoch erfolgsversprechend durchgeführt werden kann, muss von den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen der Wohngruppe konsequent darauf geachtet werden, dass ihre Schützlinge wirklich eigene Sätze entwickeln und nicht die Schlüsselsätze einstudieren, die sie glauben, möchten die Fachkräfte von ihnen hören. Ein weiterer Stolperstein ergibt sich daraus, dass diese Interventionsmöglichkeit eine Methode darstellt, welche viel Selbstregulation benötigt. In Verbindung mit den charakteristischen Merkmalen des ADHS, genauer der Selbstregulation von Kindern mit ADHS, erachte ich diese Interventionsmöglichkeit als äusserst schwierig umzusetzen. Kinder mit diagnostiziertem ADHS können Defizite in ihrer Selbstregulation aufweisen, die ein Einsetzen von Selbstinstruktionen enorm erschwert. Es würde bedeuten, dass zuvor die

Selbstbeherrschung eines Kindes mit ADHS der Förderung bedarf, um zu einem späteren Zeitpunkt die Fähigkeit zur Emotionsregulation zu fördern (vgl. Armstrong 2002:106).

Im Kontext einer Wohngruppe kann diese Intervention geplant und durchgeführt werden. Die Bezugsperson eines Kindes kann diese Art der gezielten Förderung in die Wege leiten und, in Kooperation mit ihrem Bezugskind, die Selbstinstruktion trainieren. Es entsteht eine Form der Ko-Regulation und gleichzeitig eine Vermittlung neuer Strategien zur Emotionsregulation.

Wie bereits erwähnt, arbeiten die Fachkräfte einer Wohngruppe im Schichtdienst. Die Kinder mit ADHS halten sich aber durchgehend auf der Wohngruppe auf. Auch hier erscheint es somit sinnvoll, die anderen Fachkräfte der Wohngruppe über das geplante Vorgehen zu informieren bzw. sie in den Prozess miteinzubeziehen, damit das betreffende Kind bezüglich dieser Intervention auch dann unterstützt wird, wenn die initiiierende Bezugsperson abwesend ist.

4.3.6 Die Stärken des Kindes hervorheben

Bereits im Kapitel 2.4 wurden die möglichen Ressourcen und Stärken von Kindern mit diagnostiziertem ADHS vorgestellt. Eine lebensweltorientierte Förderung resp. Intervention beinhaltet eine ganzheitliche Betrachtung des betroffenen Kindes und setzt somit voraus, dass die Ressourcen und Stärken des Kindes ebenfalls im Fokus der Intervention stehen, um mögliche Schwächen und Defizite auszugleichen (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003:100). So könnte beispielsweise auf der Eigenschaft der Kreativität und Innovation aufgebaut werden, indem die Fachkräfte in Zusammenarbeit mit dem betroffenen Kind einen Verstärkerplan oder einen Wenn-Dann-Plan mit eigens gestalteten oder gebastelten Symbolen ergänzen. Oder wenn ein Kind mit diagnostiziertem ADHS die Fähigkeit zur schnellen visuellen Informationsverarbeitung hat, erscheint sinnvoll, formulierte Ziele, Regeln, Tagesabläufe etc. gut sichtbar in den Räumlichkeiten der Wohngruppe zu installieren.

Um ein stabiles Selbstwertgefühl, welches sich wiederum auf die emotionale Kompetenz der Kinder auswirken kann, zu fördern, ist ein Wahrnehmen und ein bewusstes Verstärken ihrer Fähigkeiten ein Muss. Durch den Einbezug der Ressourcen und Stärken der Kinder mit ADHS kann dieses Selbstvertrauen gestärkt werden (vgl. ebd.:137). Die Kinder sollen erleben, dass sie als Ganzes, mit ihrer gesamten, kindlichen Persönlichkeit wahrgenommen und angenommen werden. Die bevorstehenden Veränderungen werden nicht mehr aus Angst vor dem Neuen und Unbekannten blockiert.

Natürlich ist nicht jedes Verhalten der Kinder mit ADHS zu verstärken und bewusst zu betonen. Jedoch können Professionelle mit einer bestimmten Art der Kritikäusserung positive Effekte auslösen. Hauptsächlich geht es darum, Verhaltensweisen, welche als unerwünscht gelten, nicht zu verallgemeinern, sondern jeweils eine konkrete Verhaltensweise zu kritisieren und

gleichzeitig eine Begründung in diese Kritik zu integrieren. Beispielsweise wenn das Kind seinen Schulsack vom Eingangsbereich der Wohngruppe in sein Zimmer wirft, würde eine Fachkraft das Kind folgendermassen darauf aufmerksam machen: „Du machst mich jetzt wütend, weil du deinen Schulsack in dein Zimmer geworfen hast.“ Diese Art der Kritik bezieht sich auf eine Verhaltensweise des Kindes und beinhaltet ebenfalls eine mögliche Lösung der Situation, z.B. das Hineintragen des Schulsacks. Diese Methode bestärkt nicht unmittelbar in dieser Situation, dafür aber in einer Nächsten. Wenn das Kind am nächsten Tag den Schulsack in sein Zimmer trägt, wird es dafür gelobt. Das Selbstwertgefühl, der Glaube in die eigenen Fähigkeiten und das Anerkennen dieser Fähigkeiten seitens der Professionellen, können die Kinder mit diagnostiziertem ADHS auf diese Weise bestärken (vgl. Brandau/Pretis/Kaschnitz 2003:138).

4.3.6.1 Reflexion

Die vorgestellte Interventionsmöglichkeit lässt sich mit anderen Interventionsmöglichkeiten koppeln. Sie beansprucht keine allzu grossen zeitlichen Ressourcen und kann deshalb, ohne viel Aufwand in eine andere Interventionsmöglichkeit oder in den Alltag im Schulheim eingebaut werden. Grössere Interventionen werden von der heiminternen Bezugsperson, also einer Sozialpädagogin oder einem Sozialpädagogen, geplant und durchgeführt. Jedes Kind hat individuelle Stärken und Ressourcen. Aufgrund dessen erscheint es sinnvoll, wenn diese Bezugsperson ebenfalls die Stärken und Ressourcen des betreffenden Kindes mit ADHS hervorhebt. Durch die Beziehung und die Erfahrung der Bezugspersonen mit den Kindern sollte bekannt sein, welches Kind welche Stärken und Ressourcen besitzt und die Intervention dementsprechend gestalten. Dadurch wird auch das Verlangen nach positiver Aufmerksamkeit befriedigt und das Selbstwertgefühl gestärkt.

Als Stolpersteine könnten sich die Impulsivität und die Defizite der Aufmerksamkeit oder weitere charakteristische Merkmale des ADHS ergeben. Beispielsweise kann ein Kind mit ADHS kreativ sehr begabt und interessiert sein, jedoch verliert es nach wenigen Minuten das Interesse an der Beschäftigung. In diesem Fall stellt sich den Professionellen die herausfordernde Aufgabe die Intervention und die damit einhergehende Beschäftigung so zu gestalten, dass die den Fähigkeiten und Interessen des Kindes entsprechend effektiv umgesetzt werden kann. Dies macht deutlich, dass diese Interventionsmöglichkeit keines Falls standardisierbar ist und eine individuelle Anpassung erfordert.

4.3.7 Die Entspannung

Zu Beginn gilt zu erwähnen, dass sich Kinder nicht auf die Art und Weise entspannen, wie sich Erwachsene das vorstellen. Entspannen wird von Erwachsenen meist mit Stillsein und ruhigem Liegen in Verbindung gebracht. Doch Kinder entspannen anders. Die Entspannung

von Kindern sollte nicht mit ‚Totenstille‘ verwechselt werden, sondern eher mit Lebendig sein, Lachen und lustvollem Spiel zusammenhängen (vgl. Köckenberger 2001: 174).

Armstrong (2002:162) und Köckenberger (2001:173) berichten von Entspannungsübungen, welche Kinder mit ADHS dabei unterstützen sollen, in Situationen von Stress oder Anspannungen, ihre Emotionen zu regulieren. Beispielsweise können soziale Probleme, wie die Integration in eine Gleichaltrigengruppe, Aufgaben, die sie nicht ausführen können oder das Akzeptieren von Spielregeln, zu emotionalem Stress bei Kindern mit ADHS führen (vgl. Armstrong 2002:162). In Situationen wie diesen können körperliche Entspannungstechniken dazu beitragen, dass einerseits die muskuläre Anspannung des Kindes mit diagnostiziertem ADHS gelindert wird, andererseits bieten sie die Möglichkeit überschüssige Energien mit Hilfe körperlicher Bewegung abzubauen (vgl. ebd.:162).

Die Entspannung von Kindern mit ADHS kann mit Hilfe verschiedener Ansatzpunkte eingeleitet und die Kinder mit der Zeit schrittweise zur eigenständigen Fähigkeit der Entspannung geführt werden. Somit brauchen die Kinder mit diagnostiziertem ADHS individuelle Unterstützung bei der Anwendung der Entspannungstechniken. Armstrong (2002:164) weist darauf hin, dass Kinder mit ADHS eine Möglichkeit brauchen, sich vor weiteren Stimulationen zu schützen und die Kontrolle wieder zu erlangen, wenn ihnen eine Krise droht. Beispielsweise kann das Kind durch die Begleitung einer Fachperson vor dem Eintreten einer Krise auf die mögliche Entspannungstechnik hingewiesen werden und sich aufgrund dessen dementsprechend darauf vorbereiten (vgl. Armstrong 2002:162).

Diese körperlichen Entspannungstechniken können beispielsweise in einfachen Tobe- und Fangspielen enthalten sein. Dadurch erhalten die Kinder die seltene Gelegenheit, mit nur geringen Einschränkungen und ohne komplizierte Spielregeln, ihre körperliche Anspannung abzubauen bzw. ihren möglicherweise angestauten Bewegungsdrang auszuleben. Oder auch Versteckspiele, die eine Zeit ohne äussere Stimulation bieten, können einerseits die körperliche Aktivität aktivieren und gleichzeitig der möglichen Reizüberflutung der Kinder mit diagnostiziertem ADHS eine Pause gönnen. Eine selbst gebaute Höhle kann diese Möglichkeit ebenfalls bieten (vgl. Köckenberger 2001:175f.). Andere Entspannungsmöglichkeiten können auch sein, dass ein Kind einfach einen Ball gegen eine Wand wirft, Musik hört, mit Freunden zusammen ist, mit seinem Lieblingsspielzeug spielt, Zeit an einen geheimen Ort verbringt, beginnt zu Tagträumen oder spazieren geht (vgl. Armstrong 2002:164).

Bei den aufgeführten Entspannungstechniken für Kinder mit ADHS ist es wichtig, dass die Kinder in ihrer momentanen Situation, in ihrem Entwicklungsstand wahrgenommen und ihre jetzigen Bedürfnisse akzeptiert werden. D.H. die Spiele resp. Entspannungstechniken sollen

die Fähigkeit zur Entspannung fördern, jedoch die Kinder auf keine Weise fordern (vgl. Köckenberger 2001:175).

4.3.7.1 Reflexion

Diese Art der Intervention bietet eine Möglichkeit die vorhandene emotionale Anspannung eines Kindes mit ADHS abzubauen. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern mit ADHS, bezüglich Situationen und Techniken der Entspannung, benötigt diese Interventionsmöglichkeit einerseits eine individuelle Anpassung der Entspannungstechnik, da nicht jedes Kind auf jede Technik der Entspannung anspricht, und andererseits das Verständnis der Professionellen, dass Kinder auf eine andere Art und Weise entspannen als erwachsene Personen dies erwarten (vgl. Köckenberger 2001: 174).

Die ausgeführten Entspannungstechniken können sich, je nach Entwicklungsstand, Situation und Fähigkeiten des Kindes, unterschiedlich gestalten. Aufgrund dessen, dass keine konkreten Ziele formuliert werden, ist die Intervention der Entspannung eine indirekte Förderung. Es geht hierbei nicht darum das Kind in der Fähigkeit des Emotionsausdrucks zu fördern oder das Kind dazu zu bringen, über seine Emotionen zu reflektieren. Es geht eher darum, dem Kind bei Stresssituationen oder emotional belastenden Ereignissen einen Ort der Entspannung zu bieten. Einerseits kann dadurch versucht werden, die Kinder darin zu fördern, ihre eigene Gefühlswelt wahrzunehmen und sich darüber bewusst zu werden, ab welchem Zeitpunkt sie eine ‚Auszeit‘ brauchen. Andererseits sind dieser Ort oder andere Entspannungstechniken nichts anderes als Strategien, mit deren Hilfe ein Kind versuchen kann, sich selbst zu regulieren. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind dafür verantwortlich den Kindern die entsprechend benötigte Umgebung, den Raum und die Zeit zu verschaffen, damit die Kinder selbstständig und von sich aus die Entspannungs- oder Ruhephasen mit individueller Dauer und Intensität wählen können. Dadurch wird den Kindern mehr Freiraum und Selbstverantwortung im eigenen Handeln zugestanden. Die Freiwilligkeit kann die intrinsische Motivation erhöhen und eine zielgerichtete Steuerung ihrer Handlungen und Emotionen begünstigen.

Die Umsetzung dieser Interventionsmöglichkeit hängt vom Setting der Wohngruppe, den vorhandenen Räumlichkeiten des Heims und dessen Umgebung sowie den Bedürfnissen des Kindes ab. Ausserdem ist ausschlaggebend, welche Möglichkeiten die Institution anbietet. Möchte das entsprechende Kind eher eine ruhige Aktivität zur Entspannung nutzen, muss geklärt werden, wo es dies tun kann, z.B. in seinem eigenen Zimmer, im allgemeinen Wohnbereich etc. Möchte es nach draussen und etwas spielen, muss geklärt werden, ob es eine Begleitung wünscht, wo es sich draussen aufhalten wird und welcher Aktivität es nachgehen wird usw. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Sozialpädagoginnen und

Sozialpädagogen eine kindzentrierte und entwicklungsorientierte Spielsituation einleiten. Deshalb hängt die Realisierbarkeit dieser Intervention mit dem Tagesplan einer Wohngruppe eng zusammen.

Die Intervention der Entspannung ist für mich eine ergänzende Möglichkeit zu einer anderen Intervention. Die Realisierbarkeit bezüglich Setting, vorhandener Zeit im Tagesplan und weitere Umwelteinflüsse können die Interventionsdurchführung wesentlich beeinflussen und eine Durchführung sogar verhindern. Die Freiwilligkeit und der selbstständige Wechseln der Kinder zwischen Aktivität und Ruhe erscheinen mir sehr wichtig für eine effektive Förderung der Emotionsregulation. Trotzdem erfordert es ein gewisses Mass an Regeln, welche eingehalten werden müssen, damit eine Entspannungs- oder Ruhephase durchgeführt werden kann. Dabei kann sich auf die Interventionsmöglichkeit der klaren und konsequenten Regeln gestützt werden, wobei der Aspekt der Entspannung und der Freiwilligkeit berücksichtigt werden müssen. Es gilt also kritisch abzuwägen, welche Regeln bei einer kindlichen Entspannungs- und Ruhephase angebracht sind und welche der kindlichen Entspannung nicht förderlich wären.

4.4 Schlussfolgerung

Die verschiedenen aufgeführten Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der Emotionsregulation bei Kindern mit diagnostiziertem ADHS lassen erkennen, dass es durchaus Interventionen gibt, welche betroffene Kinder direkt oder indirekt unterstützen und fördern können. Durch die Reflexionen der Interventionsmöglichkeiten wurde ersichtlich, welche Anforderungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit und welche an die beteiligten Kinder gestellt werden.

Werden die Ziele einer Förderung der emotionalen Kompetenz von Kindern mit diagnostiziertem ADHS den Ergebnissen aus den Reflexionen gegenüber gestellt, lassen sich Unterschiede erkennen. So werden im Kapitel 4.2. die Aufgaben und das Vorgehen sowie unter 4.2.1 die Ziele der Förderung formuliert, welche sich dann aber nur wenig in den Interventionsmöglichkeiten widerspiegeln. Beispielsweise sollen die Kinder das Recht haben, ihre eigenen Emotionen offen auszudrücken. In den vorgestellten Interventionen wird dieser Aspekt nicht explizit aufgeführt. Die Professionellen haben die Aufgabe, ein emotional ausgeglichenes Wohngruppenklima zu schaffen, welches einen offenen und toleranten Umgang mit positiven und negativen Emotionen fördert. Vereinzelte Interventionsmöglichkeiten fördern ein Kind darin, selbst einen offenen und toleranten Umgang mit positiven und negativen Emotionen an den Tag zu legen, was wiederum in der Gemeinschaft der Wohngruppe eine Auswirkung auf das Wohngruppenklima hat.

Der Umgang mit Emotionen im Alltag einer stationären Erziehungshilfe wird in den

Förderzielen vor allem als Aufgabe der Fachkräfte dargelegt. Zum Beispiel sollen die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen responsiv auf die emotionalen Bedürfnisse der Kinder mit ADHS eingehen bzw. unmittelbar und sensibel auf die Gefühlsäußerungen der besagten Kinder reagieren. Zudem soll den Kindern die Möglichkeit geboten werden, häufig mit den Fachkräften über Emotionen zu reden, um dadurch das Emotionsverständnis der Kinder zu verbessern. Diese Aufgabe kann in keiner spezifischen Intervention bewältigt werden, sondern sollte im alltäglichen professionellen Handeln der Fachkräfte gewährleistet sein. Durch ein adäquates Vorleben von Empathie, Freude, Trauer, Wut etc. seitens der Professionellen können Kinder mit diagnostiziertem ADHS effektiv in ihrer Fähigkeit zur Emotionsregulation sowie ihrer sozialen Kompetenz gefördert werden. Das pädagogische Alltagshandeln beinhaltet das Übermitteln von Strategien. Somit dienen die Professionellen und deren Emotionale Kompetenz als Vorbild für soziale Interaktionen. Durch die aufgeführten Interventionen werden Ergänzungen aufgezeigt, welche das Fördern der Emotionsregulation von Kindern mit ADHS zusätzlich unterstützen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Förderung der Emotionsregulation von Kindern eine allgegenwärtige Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit ist. Nicht nur durch gezielte Fördermassnahmen, sondern auch durch das pädagogische Alltagshandeln werden Kinder mit diagnostiziertem ADHS dabei unterstützt, sich Strategien zur emotionalen Selbstregulation anzueignen oder bereits vorhandene Strategien zu bestärken. Durch die aufgeführten Interventionsmöglichkeiten kann die Förderung der Emotionsregulation im Alltag eines Schulheims, individuell und der jeweiligen Situation sowie den Bedürfnissen des Kindes entsprechend, ergänzt werden.

5. Schlusswort

Das Bearbeiten von Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der Emotionsregulation von Kindern mit diagnostiziertem ADHS war für mich sehr spannend und äusserst lehrreich. Ich durfte, wie bereits erwähnt, in verschiedenen Praktika Erfahrungen beim Begleiten von Kindern mit ADHS sammeln. Durch das differenzierte Recherchieren für meine Bachelor Thesis bin ich auf Aspekte gestossen, die mir so, noch nicht bewusst waren. Durch mein neu erworbenes Wissen über das ADHS, dessen möglichen Symptome und Auswirkungen auf die Emotionsregulation betroffener Kinder, gelang es mir, vergangene Situationen erneut zu reflektieren. Widererwartens wurde mir bewusst, dass weniger eine durchwegs geplante Intervention eine bestmögliche Förderung ermöglicht, sondern eher das pädagogische Alltagshandeln Voraussetzungen für eine effektive und gelingende Förderung ist.

Aufgrund dessen wurde mir bewusst, welche Anforderungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit und an mich gestellt werden, um die Emotionale Kompetenz resp. die Emotionsregulation von Kindern mit ADHS zu fördern. Die reflektierten Interventionsmöglichkeiten erscheinen mir als Ergänzung zum pädagogischen Alltagshandeln sehr sinnvoll, vor allem aufgrund ihrer individuellen Anpassungsmöglichkeit und ihrem Abwechslungsreichtum.

Nach Abschluss des Studiums hege ich den Wunsch, in einem Schulheim für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche zu arbeiten. Ich fühle mich nun dazu in der Lage, bewusst und adäquat Kinder mit diagnostiziertem ADHS in ihrer Förderung zur Fähigkeit der Emotionsregulation zu unterstützen und mit Hilfe von den vorgestellten Interventionen, wie beispielsweise dem Verstärkerplan oder den Wenn-Dann-Plänen, Strategien zur effektiven Emotionsregulation mit betroffenen Kindern zu trainieren und zu festigen.

6. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die zum Gelingen dieser Bachelor Thesis beigetragen haben. Ein grosses Dankeschön geht an Herrn Stephan Kösel für die kompetente Unterstützung und Begleitung während dem Schreibprozess. Ebenso geht ein besonderes Dankeschön an Frau Denise Hänggi für das sorgfältige Korrekturlesen der Arbeit. Für die emotionale und soziale Unterstützung bin ich meiner Familie und meinen Freunden sehr dankbar.

7. Quellenverzeichnis

7.1 Literaturquellen

Amft, Hartmut/ Gerspach, Manfred/ Mattner, Dieter (2002). Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Armstrong, Thomas (2002). Das Märchen vom ADHS-Kind. 50 sanfte Möglichkeiten, das Verhalten Ihres Kindes zu verbessern – ohne Zwang und ohne Pharmaka. Paderborn: Junfermann Verlag.

Brandau, Hannes/ Pretis, Manfred/ Kaschnitz, Wolfgang (2003). ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Egger-Agbonlahor, Ingrid (2006). Verhaltensauffällige Kinder. Anregungen zum Umgang im Unterricht.

URL: http://schulpsychologie.lsr-noe.gv.at/downloads/wenn_lob_allein_nicht_reicht.pdf

Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013). Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit. Begleiten, Unterstützen und Fördern in Familie, Kita und Grundschule. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Galuske, Michael (2007). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., ergänzte Auflage. Weinheim/Basel: Juventa Verlag.

Gawrilow, Caterina (2012). Lehrbuch ADHS. München: Ernst Reinhardt Verlag

Günder, Richard (2011). Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklung, Veränderung und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. 4. Völlig neu überarbeitete und ergänzende Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Heidemann, Wilhelm/ Greving, Heinrich (2011). Praxisfeld Heimerziehung. Lehrbuch für sozialpädagogische Berufe. 1. Auflage. Köln: Bildungsverlag EINS.

Heitkamp, Hermann (1984). Sozialarbeit im Praxisfeld Heimerziehung. Frankfurt am Main: Moritz Diesterweg Verlag.

Heubrock, Dietmar/ Petermann, Franz (2001). Aufmerksamkeitsdiagnostik. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag

Hochuli Freund, Ursula/ Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

In-Albon, Tina (Hrsg.) (2013). Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Kahl, Kai G./Puls, Jan Hendrik/ Schmid, Gabriele/ Spiegler, Juliane (2012). Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag

Köckenberger, Helmut (2001). Hyperaktiv mit Leib und Seele. Mit neuen Perspektiven verstehen, bewegen und entspannen. Dortmund: Borgman Verlag.

Konzept Schulheim Gute Herberge Riehen BS Schweiz (2004)
URL: <http://www.jfs.bs.ch/ueber-uns/schulheime/schulheim-gute-herberge/portrait/leitbild.html>

Kullik, Angelika/ Petermann, Franz (2012). Emotionsregulation im Kindesalter. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag

Merchel, Joachim (2005). Planung. S. 1364-1374 in: Otto/Hans-Uwe, Thiersch/Hans (Hrsg.). Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München/Basel: Reinhardt Verlag.

Müller, Burkhard (2009). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 6. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Neuhaus, Cordula (2012). ADHS bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Petermann, Franz/ Wiedebusch, Silvia (2003). Emotionale Kompetenz bei Kindern. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag

Schauder, Thomas (1995). Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung. Falldarstellungen. Weinheim: Beltz Verlag.

Simchen, Helga (2003). Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Thiersch, Hans (2009). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Auflage. Juventa Verlag: Weinheim und München.

Trede, Wolfgang (1993). S. 29-36 in: Peters, Friedhelm (Hrsg.) Professionalität im Alltag. Entwicklungsperspektiven in der Heimerziehung 2. Bielefeld: Karin Böllert KT-Verlag.

Trede, Wolfgang (1999). Konzepte der Heimerziehung im europäischen Vergleich S. 317-338. in: Zeitschrift für Pädagogik. 39. Beiheft: Erziehung und Sozialer Wandel.

Von Salisch, Maria (Hrsg.) (2002). Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Wender, Paul H. (2002). Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Zimmermann, Peter/ Iwanski, Alexandra (2013). Entwicklung der Emotionsregulation in Kindheit und Jugend. S. 27- 45 in: In-Albon, Tina (Hrsg.). Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

7.2 Internetquellen

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/05.html>

[Zugriffsdatum: 21. Jun. 2015]

<http://www.neurologen-und-psihiater-im-netz.org/kinder-jugend-psihiatrie/erkrankungen/aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitaets-stoerung-adhs/ursachen/>

[Zugriffsdatum: 21. Jun. 2015]