

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 21/2010

Aspekte einer integrativ-musiktherapeutischen Arbeit im vorwiegend übungszentriert-funktionalen Modus bei ADHS im Vorschul- und frühen Grundschulalter*

*Dorothea Dülberg***

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** Dorothea Dülberg, Freiligrathwall 28, 59494 Soest, dorotheaduelberg@helimail.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort: Eine Arbeit, die aus der Praxis entstanden ist	4
<i>Teil I: Das soziale Engagement der IT und die Forderung nach Frühprävention</i>	8
Einleitung	
1. Beschreibung der Phänomene	9
1.1 Kompetenzen und Herausforderungen	10
1.2 Kreative Verknüpfungen und die Fähigkeit zu transmodaler Wahrnehmung	15
1.3 Manifestationen von besonderem Verhalten im Kontext der “social worlds” des Vorschul- und frühen Grundschulalters	17
1.4 Musikalische Phänomene im Zusammenhang mit ADHS - Symptomatik	24
1.5 Normabweichende Aufmerksamkeit als Phänomen postmoderner Lebensumstände	27
2. Erklärungsmodelle und Therapieansätze	
2.1 Ätiologie	31
2.2 Die multimodale Therapie innerhalb der gegenwärtigen Richtlinienverfahren	36
2.3 Das biopsychosoziale Modell der IT als Erklärungsfolie zum AD(H)S - Syndrom	37

Teil II:	<i>Konzept einer integrativ-musiktherapeutischen Gruppenarbeit, vorwiegend übungszentriert - funktional, im Rahmen der Frühprävention von ADHS im Vorschul- und frühen Grundschulalter</i>	45
1.	Die Rahmenbedingungen	47
2.	Die Funktionen der Musik	48
3.	Die Aufgaben des Therapeuten	49
4.	Die Auswahl der Inhalte	51
	a. Vom Körper ausgehend	52
	b. In Ko-Respondenz	55
	c. Selbstwirksam	57
	d. Neue Ressourcen erschließend	57
	<i>Ausblick</i>	59
	<i>Literaturverzeichnis</i>	61

Vorwort - Eine Arbeit, die aus der Praxis entstanden ist

“Rhythmik als Wahrnehmungsförderung im Elementarbereich” nenne ich Kurse, die ich seit vielen Jahren für Kinder im Vorschulalter und als Leiterin von Fortbildungsveranstaltungen für ErzieherInnen und LehrerInnen anbiete. Zentrale Elemente dieser Kurse waren zu Beginn vor 12 Jahren die Inhalte, wie sie in der Methode Rhythmik gelehrt werden: die 'ordnungsstiftende Kraft der Musik' und die Wechselbeziehungen von 'Musik - Bewegung - Sprache' in den Phänomenen von 'Raum, Zeit, Kraft und Form', die Methoden des 'Führens und Folgens', die Handhabung der Rhythmikmaterialien und Orffschen Instrumente im Sinne einer Schulung der Feinmotorik und akustischen Differenzierung, sowie die Arbeit in der Gruppe mit dem Ziel der Förderung der sozialen Integration.¹

Seit Beginn dieser Arbeit stehe ich in ständigem Austausch mit den Kindern der Kurse, mit den Pädagogen in Kindergärten, Familienzentren, Grundschulen und Musikschulen. Eindrücke aus diesen Begegnungen sind fortlaufend in die Konzeption der Kurse eingeflossen und haben diese mit den Jahren verändert. Dabei war es mein Anliegen einerseits klare Strukturen vorzugeben, die andererseits Aufgabenfelder schaffen, in denen es um kreative und individuelle Lösungen gehen kann.

1998 zu Beginn dieser Kurse, wurden viele deutlich auffallende Verhaltensphänomene innerhalb von Bildungseinrichtungen bei Kindern mit der Diagnose MCD - minimale cerebrale Dysfunktion erklärt: “Langsamkeit, Reizüberempfindlichkeit, Impulsivität, Affektlabilität, Distanzstörungen, Hypermotorik, Ängstlichkeit oder auffallende Angstfreiheit”.²

Gleichzeitig begann etwa zu dieser Zeit eine zunehmend öffentlich geführte Diskussion um Phänomene der Hochbegabung bei Kindern. Manche von ihnen, in disparaten Passungen³ sich entwickelnd, bildeten Verhaltensweisen, die den eben beschriebenen Symptomen ähnlich waren.

In den letzten 10 Jahren sind eine Reihe neuer Bezeichnungen hinzugekommen: ADD - attention-deficit-disorder, ADS - Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom,

¹ vgl. Glathe, Krause-Wiechert, 1989, S. XXV ff

² Schmidt, Deutsches Ärzteblatt 1982, S. 273

³ Vgl. Petzold, “Brain wizards”, 2010

ADHD - attention-deficit/hyperactivity disorder, HKS - Hyperkinetisches Syndrom, POS - Psychoorganisches Syndrom und schließlich AD(H)S - Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit oder ohne Hyperaktivität⁴.

All diese Bezeichnung wollten und wollen ein sehr breites Spektrum an "besonderem" Verhalten bei Kindern einzuordnen helfen.

Durch diese Diagnosen wurde und wird allerdings ein sehr schmaler Grat beschränkt zwischen Hilfe für die betroffenen Kinder, Stigmatisierungen im Sinne von "Deutungsmacht"⁵ im medizinischen und/oder Bildungssystem und Entlastung für Eltern und Pädagogen.

Zwischen den Jahren 1997 und 2000 ist in Deutschland der Verbrauch von Ritalin®, dem bekanntesten Medikament zur Beeinflussung von AD(H)S - Syndromen, bei Kindern um 270% gestiegen⁶.

Dieses Phänomen der Steigerung ist nicht auf Deutschland beschränkt: So gibt es Zahlen, nach denen in den USA die "Zahl der ADHS - Diagnosen .. seit 1988 um schätzungsweise 400 Prozent gestiegen" sind⁷.

Viele Jahre lang wurde ausschließlich den Defiziten im Verhalten dieser Kinder die besondere Aufmerksamkeit geschenkt: sie wurden beschrieben als *"wenig einordnungsfähig, leicht ablenkbar, nur selten und kurz konzentriert, ungeschickt in Grob- und Feinmotorik, wenig empathisch"*, kurz: *"das Kind hat überall Probleme"*⁸

In meiner praktischen Arbeit machte ich auch Erfahrungen der besonderen Kreativität und Ansprechbarkeit für Themen aus dem Naturbereich, die Erfahrung, dass bei vielen dieser Kinder Einzelsinne außergewöhnlich gut funktionierten, sie einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn entwickelt hatten und viele ihre spontanen Äußerungen in den Kursen mich immer wieder positiv überraschten.

Meine Neugier war geweckt.

Durch die Aufnahme in die Weiterbildung zur integrativen Musiktherapeutin am FPI kamen Anregungen hinzu, meine rhythmisch-musikalische Arbeit aus

⁴ ICD-10, 2006: F 90.0, 90.1, 90.9 DSM-IV-TR, 2003: 314.00, 01, 314.9

⁵ Petzold, Sieper (Hgg.) 2008, Bd. II, S. 354

⁶ Information des Gesundheitsministeriums, zit. nach Leuzinger-Bohleber et al. 2006, S. 16

⁷ Honos-Webb 2007, S. 9

⁸ Online: www.schulberatung-bayern.de, Dr. Ulbricht 2004, S. 13

wissenschaftlicher Sicht zu reflektieren: Das “Leib-Konzept”⁹ der IT, das “Konzept der Anthropologie des schöpferischen Menschen”, die weitergehende Professionalisierung meiner pädagogisch - therapeutischen Grundhaltung und nicht zuletzt das “Konzept des komplexen Lernens” haben das Kurskonzept “Rhythmik als Wahrnehmungs- förderung” bereichert und verändert.

Denn das Spiel - sei es Experimentierspiel, Rollenspiel oder eben musikalisches Spiel - ist “Ausgangspunkt der Beeinflussung von Verhalten in seiner ganzen Konkretheit und Komplexität”¹⁰. Der Spielraum wird hier zum “potential space”¹¹, zum Raum, dessen Möglichkeiten es auszuloten gilt - auch in der musiktherapeutischen Arbeit.

Dass die Musik und ihre Instrumente besonders für Kinder einen so großen “Aufforderungscharakter”¹² haben, erleichtert den Zugang zu Vorschulkindern, die oftmals schon von klein auf bedrückende Erfahrungen machen mit einem Bildungssystem, das ihnen aufgrund seiner Struktur wenig ‘Spielraum’ lassen kann - viele darin arbeitenden Pädagogen täten es gerne, aber das ist wieder ein anderes Thema.

Gleichzeitig ist dieser von Musik und Instrumenten grundsätzlich ausgehende Aufforderungscharakter differenziert zu handhaben: Auf jedes Kind wirken hier andere “Appelle”¹³. Sie können sich in den Polaritäten zwischen Bestätigung der Selbstwirksamkeit und “Kraft der Verführung” bewegen¹⁴.

In einer Stellungnahme zum Themenkreis ADHS formulierte der Vorstand der Bundesärztekammer: “Angesichts der Bedeutung der Störung muss gefordert werden, dass sie sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen verankert wird.”¹⁵

Durch die Ausbildung in Integrativer Therapie (IT) wurde ich bekannt mit Theorie und Praxeologie kreativer Arbeit¹⁶: Die Bedeutung signifikant alternativer Erfahrungen für das Kind durch bedeutsame Bezugspersonen in schöpferischen

9 Vgl. Alle Konzepte in: Petzold, Polyloge 02/2002

10 Sieper, Petzold, Polyloge 10/2002, S. 15

11 Winnicott, cit. Petzold 2003, S. 802

12 Lewin, cit. Sieper, Petzold, Polyloge Komplexes Lernen 2002, S. 17

13 Höhmann,, in: Decker-Voigt 1996, S. 25

14 Mahns, in: Beiträge zur Musiktherapie 420, S. 159

15 Bundesärztekammer 2005, PDF - Datei, S. 57

16 Orth, Petzold 1990

Prozessen war für mich schlüssig. Durch diesen schöpferischen Raum Möglichkeiten für komplexes Lernen über Rhythmus und Klang zu schaffen, wurde mein Anliegen.

Begegnungen mit Reinhard und Cornelia Flatischler und ihrer Taketina®Rhythmuspädagogik haben mich in meinem Anliegen bestätigt, Gruppenmusikerfahrungen zu ermöglichen, die allen Kindern offen stehen können. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der LWL-Universitätsklinik Hamm, Abteilung Tagesklinik Soest leite ich seit 2 Jahren eine musiktherapeutische Gruppe, in die vorwiegend Kinder kommen, für die eine ADHS -Diagnose als gesichert galt oder noch abgeklärt werden sollte. Viele Gedanken zu diesem großen Themenkomplex konnte ich in der sehr lebendigen und kreativen Zusammenarbeit mit ihnen weiterentwickeln. Ihnen gilt mein besonderer Dank.

Die Umgestaltung des Bildungsbereiches eröffnet seit einiger Zeit auch den neuen Familienzentren verstärkt die Zusammenarbeit mit therapeutisch ausgebildeten Fachkräften. So konnte ich beispielsweise eine intensive Zusammenarbeit mit dem AWO - Familienzentrum „BunteWelt“ Soest, im sog. 'Brennpunkt' beginnen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien, 90% mit Migrationshintergrund, viele ohne sprachliche Verankerung weder in der Sprache der Herkunftsfamilie noch in der Umgangssprache Deutsch haben die Möglichkeit durch musiktherapeutische Gruppen- und Einzelangebote neuen schöpferischen Raum im nonverbalen Medium der Musik zu erfahren.

In der vorliegenden Arbeit beziehe ich mich ausschließlich auf die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität - ADHS.

Ich werde Rahmenbedingungen einer integrativ- musiktherapeutischen Arbeit mit diesen Kindern im Elementar- und Primarbereich beschreiben, musiktherapeutische Methoden begründen und die Forderung nach Frühprävention unterstreichen.

Darüber hinaus möchte ich zur Diskussion über dieses Thema anregen.

Soest, im Januar 2011

Dorothea Dülberg

Teil 1: Das soziale Engagement der IT und die Forderung nach Frühprävention

Einleitung

Die “Integrative Therapie” (IT) ist ein *“ganzheitliches therapeutisches Verfahren, das Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie und Arbeit mit kreativen Medien umfasst.”*¹⁷

Im Rahmen ihrer Metatheorien bezieht die IT in Gesellschaftstheorie und Ethik einen klaren Standpunkt:

Eine humane Gesellschaft muss es sich zum Ziel machen, dass jeder *“Mensch seine Subjekthaftigkeit intersubjektiv verwirklichen kann.”*¹⁸ Daraus ergibt sich die Aufforderung einer engagierten *“Verantwortung für die Integrität und die Entfaltungsmöglichkeiten ... für ..die Lebensqualität jedes Menschen”*¹⁹.

Innerhalb der realexplikativen Theorien formuliert die IT für die *“sozial-interaktionalen Entwicklungstheorie”*²⁰, dass Psychotherapeuten mehr *“als das bislang geschah”* mit Sorge dafür zu tragen hätten, dass Kindern und Jugendlichen Netzwerke in ihrer Entwicklung zur Verfügung stehen sollten, in denen sie *“interaktive und kommunikative Kompetenz”*²¹ erwerben könnten.

So stehen in konsequenter Fortführung dieses Gedankens im *“4. Weg der Heilung und Förderung”*²² das Empowerment und die Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen im Fokus des therapeutischen Prozesses *“damit Patienten, die oft genug Opfer gesellschaftlicher Benachteiligung sind, aus dieser Rolle herauskommen und gesellschaftliche Selbstwirksamkeit gewinnen”*²³

¹⁷ Petzold, 2003, Bd. 2, S. 411

¹⁸ Ibid., S. 418

¹⁹ Ibid., S. 446 ff

²⁰ Ibid., S. 445

²¹ Petzold, 2003, Bd. 1, S. 78

²² ibid.

²³ Ibid.

1. Beschreibung der Phänomene

Seit 1980 existiert der Begriff “Aufmerksamkeitsstörung”²⁴ mit und ohne Hyperaktivität. 1987 wurde im DSM-III-R der Begriff Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung eingeführt, AD(H)S.

Das DSM - IV - TR (2003) formuliert die Symptome von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität als die Kernhinweise zur gesicherten ADHS - Diagnose (314.01 ff)²⁵. Die Verhaltenssymptome treten gewöhnlich in vielen Lebensbereichen auf, nicht aber immer in der gleichen Intensität.

Die ICD-10, Kapitel V(F) führt unter F 90 die hyperkinetische Störung auf.²⁶

Differentialdiagnostisch wichtig ist das Erfassen von Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörungen als Begleitsymptome einer Hochbegabung.

Andererseits gibt es hyperkinetisches Verhalten auch als Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung (F 43).

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat eine “Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) herausgegeben. Darin werden die “Grundmerkmale” wie folgt beschrieben²⁷:

- *“Störung der Aufmerksamkeit mit Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen und die Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, bevor sie zu Ende gebracht wurden.*
- *Unruhiges Verhalten insbesondere mit Unfähigkeit, stillsitzen zu können.*
- *Impulsivität z.B. mit abrupten motorischen und/oder verbalen Aktionen, die nicht in den sozialen Kontext passen.”*

In meiner Arbeit beziehe ich mich auf die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität: ADHS.

In den Konzepten zur Krankheits- und Gesundheitslehre der IT schreibt H. Petzold:

*“Der Mensch ... ist eingebunden in soziale Bezüge. Sind diese gut, kann er sich entfalten, sind sie belastend oder schädigend, wird er eingeschränkt, verletzt, krank. Im integrativen Ansatz vertreten wir dezidiert, dass Gesundheit und Krankheit nicht voneinander isoliert betrachtet werden dürfen.”*²⁸

²⁴ Lauth,Schlottke, 2002, S. 11

²⁵ DSM-IV-TR,2003, S. 118ff

²⁶ Dilling,Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hrsg),2006, S. 187

²⁷ Stellungnahme der Bundesärztekammer 2005, S. 5

²⁸ Petzold, Sieper (Hrsg.), 1996, S. 20

Daher möchte ich zu Beginn dieser Arbeit den Blick zunächst auf das richten, was Kinder, für die eine ADHS - Diagnose gestellt wurde an besonderem Verhalten in das Zusammenleben mit anderen einbringen können.

1.1 Kompetenzen und Herausforderungen

In ihrem Buch "ADHS als Geschenk" hat L. Honos-Webb, die nach dem Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie arbeitet, viele dieser Aspekte zusammengetragen:

° So stellt sie allem voran die *"sehr sinnliche Naturverbundenheit"*²⁹

*"In unserer durch Zerstörung und Verschmutzung der Umwelt gekennzeichneten Zeit lassen sie ein ökologisches Bewusstsein erkennen, dass für die Rettung unseres Planeten entscheidend werden könnte."*³⁰

° Weiter beschreibt sie: Mehr als der Durchschnitt der Kinder lernen Kinder mit ADHS - Symptomatik *"durch eigene Aktivität, indem sie sich mit den Objekten, die ihre Neugierde wecken aktiv auseinandersetzen."*³¹ Die *"übermäßige Konzentration auf die Förderung des abstrakten Denkens und auf das Erlernen von Buchwissen wird vielen Kindern nicht gerecht."*

° Die große Vorstellungskraft, die Imaginationsfähigkeit beschreibt sie als *"neue und originäre Möglichkeiten, die in der äußeren Realität noch nicht existieren."*³²

° Die Fähigkeit Zusammenhänge zu erkennen formuliert sie folgendermaßen: *"Kinder mit ADHS - Diagnose sind oft erstaunlich gut in der Lage, das große Bild zu sehen ... Ihnen mögen manche Details entgehen, doch sind sie Meister darin, Wichtigkeit und Sinn ... zu erfassen."*³³

° *"Impulsivität ist unverzichtbar bei der Erschließung von Neuland in allen Bereichen des Wissens und Denkens."*³⁴

²⁹ Honos-Webb 2007, S. 22

³⁰ Ibid., S. 23

³¹ Ibid.

³² Ibid., S. 93

³³ Ibid.

- *“Ein anderer Ausdruck für Ablenkbarkeit ist Flexibilität - eine Fähigkeit, die für bahnbrechende Innovationen und Produktionen genutzt werden kann.”* ³⁵
- *“Kinder mit ADHS - Diagnose sind besonders sensibel und erfassen intuitiv sehr genau die Botschaft, die interpersonalen Interaktionen zugrunde liegen.”* ³⁶.
“Man kann ADHS als intuitive Intelligenz verstehen.” ³⁷

Nüchterner im Ausdruck liest sich die Liste der “Kompetenzbereiche der Kinder mit ADHS”³⁸, die die Mitarbeiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz zusammengestellt haben:

- 1) *spontane und ausgeprägte Fürsorglichkeit und Hilfsbereitschaft*
- 2) *ausgeprägter Gerechtigkeitssinn*
- 3) *große Tier- und Naturliebe*
- 4) *hohe Empfänglichkeit auch für periphere Reize*
- 5) *guter Orientierungssinn*
- 6) *rasche Reaktionsfähigkeit*
- 7) *große Phantasie und Kreativität*
- 8) *Freude am hartnäckigen Verhandeln*
- 9) *Risikofreude und Mut*
- 10) *Freude am Herumstreifen, auf Achse sein, Wandertrieb*
- 11) *Vergessen jeglicher zeitlicher Einschränkung angesichts interessanter Herausforderungen*
- 12) *Bevorzugung ganzheitlicher und visueller Denkgänge*

Ein Phänomen, das in diesen Zusammenstellungen nicht auftaucht, ist die Hypersensivität vieler Sinne dieser Kinder.³⁹ Visuelle Hypersensivität, ein hyperakustisches Gehör oder Hypersensivität bei taktilen Reizen sind 3 wichtige Beispiele. So bezeichnet die sog. “Hyperakusis” eine “Geräuschüber-

³⁴ Ibid., S. 96

³⁵ Honos-Webb 2007, S. 97

³⁶ Ibid., S. 54

³⁷ Ibid., S. 129

³⁸ Brandau, Pretis, Kaschnitz 2006, S. 79 - 80

³⁹ Goddard Blythe 2005, S. 102

empfindlichkeit bei ansonsten völlig gesunden Ohren.“⁴⁰ Viele Kinder mit ADHS - Symptomatik beschreiben dieses Phänomen, auch hochfrequente Töne deutlich wahrzunehmen oder mühelos im lauten Klassenzimmer auch die leisen Gespräche am Gruppentisch in der letzten Reihe verfolgen zu können. Sie nehmen Sendetöne und Pilottöne elektrischer Medien wahr.

Die Tatsache, dass wir aufgrund unserer phylogenetischen Entwicklung unser Gehör nicht verschließen können, da es *“auch im Schlafzustand als Warnhinweis zu funktionieren hatte, wollte man überleben”*⁴¹, und die Tatsache, dass hochfrequente Töne deutlich energetisierend wirken⁴², sind wichtige Hinweise für kraftvolles energiegeladenes Verhalten.

Der scheinbar unerschöpfliche Ideenreichtum von Kindern mit ADHS - Symptomatik, der wie ein Schneeballsystem im Spiel die Foci wechselt, diese ungewöhnliche, Erwartungen sprengende Handhabung von Material, diese höchst sensible Wahrnehmung auf vielen Sinneskanälen und von Stimmungen, das Vermögen eine Atmosphäre von Kraft und Lebensfreude um sich herum zu verbreiten, sind Beobachtungen, die vom Betrachter dann als faszinierend wahrgenommen werden können, wenn er die Möglichkeit hat dem Spiel absichtsfrei zuzuschauen.

Ohne Einblicke in die Hintergründe dieser besonderen Art mit der Welt in Kontakt zu treten und gar noch mit der Aufgabe einer spezifischen Anleitung beauftragt, wie dies besonders für Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen zutrifft, kann die Interaktion schnell zur Mühe oder gar zum Ärger werden.

In seiner Arbeit über Mentalisierungen, Interiorisierungen und mentalen Repräsentationen⁴³ führt Petzold die bedeutsame Rolle aus, die gemeinsames Wollen und gemeinsames Handeln in einem sozialen Kontext haben.⁴⁴ Das Kind sucht und braucht unbedingt eine gute Passung mit seiner sozialen Umwelt. Fühlt sich das Kind missverstanden, fühlen sich Eltern und Erzieher überfordert, kommt es zu disparater Passung (mismatches)⁴⁵, erleben alle Beteiligte Irritationen, Verwirrungen, überschießende Reaktionen bis hin zu

⁴⁰ Cramer 2009, S. 29

⁴¹ .Decker-Voigt 2000, S. 41

⁴² Ibid.

⁴³ Petzold, 2010 “Metalisierung”

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Petzold, 2010 “Brain wizards”

Erschöpfungszuständen.⁴⁶

Welche Verhaltensweisen aber stehen dieser beeindruckenden Aufzählung besonderer Kompetenzen so entgegen, dass schon junge Kinder von sich selber sagen *“Ich bin falsch”* oder *“Ich bin bekloppt, weil ich immer so durchdrehe”* oder *“Mich hält ja eh keiner aus.”*⁴⁷?

Hinter solchen Selbstabwertungen und Identitätsaussagen durch Übernahme von Fremdbildern⁴⁸ steht eine *“prolongierte Mangelerfahrung”*⁴⁹ an positiver Selbsterfahrung und/oder ein *“internales Negativkonzept”*⁵⁰.

Die sozialen Interaktionen vieler Kinder mit ADHS-Verhaltenssymptomen waren häufig *“Geschichten eines kontinuierlichen Abstiegs vom energiegeladenen Frechdachs zum verstörten Querulanten.”*⁵¹

Kommen überforderte, erschöpfte Eltern in Beratung und Therapie, so zeigt sich oftmals das Bild einer Fortschreibung von 'mismatches': Viele Eltern haben selber Erfahrungen des Anders-Seins gemacht. Viele von ihnen sind selber belastete Caregiver gewesen, bisweilen ist zu erfahren, wie sich gestörte emotionale Prozesse über Generationen durchziehen. Es gibt Familien mit hohem „affilialem Stress“⁵², die Fähigkeit zu wechselseitiger Empathie ist blockiert oder gar abgebrochen.

Die *“hermeneutischen Spirale”*⁵³ der IT beschreibt einen Verstehensprozess mit Hilfe dessen die mehrdimensionale, vielschichtige Wirklichkeit eines Klienten oder Patienten im *“intersubjektiven Bemühen”*⁵⁴ wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt werden kann.

Neben der Wahrnehmung von Phänomenen geht es innerhalb dieses Verstehensprozesses im Besonderen auch um das Erfassen von Atmosphären. Dieses Erfassen setzt eine Fähigkeit zur Empathie für den Anderen voraus und unterscheidet sich fundamental von einer stigmatisierenden Kategorisierung von Verhalten.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Baer, Barnowski-Geiser 2005, S. 10

⁴⁸ Vgl. Identitätskonzept der IT, Petzold 2003, Bd. 2, S. 431 ff

⁴⁹ Petzold 2003, Band 3, S. 993

⁵⁰ Petzold, Polyloge 02/2002, S. 48

⁵¹ Baer, Barnowski-Geiser 2005, S. 16

⁵² Petzold 2010, *“Brain wizzards”*

⁵³ Petzold 2003, Band 1, S. 162 ff

⁵⁴ *ibid.*, S. 164

*“Atmosphären füllen die Situationen und sind gleichermaßen randlos in sie ergossen. ... Sie sind extreme und undifferenzierte Verdichtung von Information, für den Involvierten ganzheitliche Eindrücke ... und für den, der sie erkennen mag, stellen sie meistens eine Zumutung sprachlicher Explikation dar”*⁵⁵

So verstanden möchte ich im Folgenden Atmosphären beschreiben, die in der Arbeit mit Kindern auftauchen, die ein Verhalten zeigen, dass die Klassifikation dem Komplex ADHS zugeordnet hat.

Spürbar bei diesen Kindern ist eine große innere Unruhe auf dem Boden eines erhöhten Erregungsniveaus. Eine Neigung zu abrupten Wechseln der Beschäftigungen oder Stimmungen ist oftmals gepaart mit einer inkonstanten Impulskontrolle. Es entstehen so Atmosphären des Ungerichtetseins, begleitet von einem Verlust an Langsamkeit. Im musikalischen Bild gesprochen würde ich hier von einem Verlust an *decrecendo* und *ritardando*- Qualitäten sprechen. Tatsächlich wird dies in ihrer Musik hörbar (siehe unten).

Die höchst *“sinnliche Erfahrung des Gerichtetseins”*⁵⁶ bleibt den Kindern häufig verwehrt. Daher spüren wir im Zusammensein mit ihnen oftmals eine Atmosphäre des Diffusen. Fehlende Klarheit und Prägnanz fallen in Sprache, Gestik, Mimik und Handlungen auf.

Diese Diffusität, die in der sozialen Interaktion als störend erlebt wird, hat im Allein-Sein Verführungsqualitäten: sich wegbeamen (in späteren Jahren häufig durch exessiven Medienkonsum, *“high-scoring”*⁵⁷) oder sich betäuben (in späteren Jahren vermehrt durch Suchtmittel)⁵⁸ sind dysfunktionale Strategien der Selbstberuhigung.

Und hinter vielen aufwirbelnden Atmosphären versteckt sich häufig eine tiefe Sehnsucht nach Ausruhen- können, zum Stillstand-kommen-dürfen, durchatmen-können: *“Wenn wir hyperaktive Kinder fragen, wonach sie sich sehnen, erhalten wir als erstes die Antwort: Weiß nicht. Im zweiten Schritt hören wir dann: Nach Ruhe.”*⁵⁹

⁵⁵ Osten 2000, S. 83

⁵⁶ Baer, Barnowski-Geiser 2005, S. 21

⁵⁷ Vgl. Wikipedia *“Highscore - Tabelle”*

⁵⁸ Vgl. Rosner 2006, S. 174

⁵⁹ Baer, Barnowski-Geiser 2005, S. 18

1.2 Kreative Verknüpfungen und die Fähigkeit zu transmodaler Wahrnehmung als besondere Kompetenz, Ressource und Herausforderung

Aufschluss über die Welt um uns herum erhalten wir Menschen über die verschiedenen Sinnessysteme⁶⁰: auditiver, taktiler (cutaner, haptischer), visueller, olfaktorischer und gustatorischer Sinn. Diese Sinne sind vorwiegend exterozeptiv, da die hier verarbeiteten Eindrücke von außerhalb des Individuums kommen.

Daneben gibt es noch ein Orientierungssystem im Körper, das Aufschluss gibt über Bewegung, Gleichgewicht und Stellung im Raum, der kinästhetische Sinn. Dieses Sinnessystem ist propriozeptiv, das heißt, die Stimuli, die Reize stammen aus dem eigenen Körper. Dieses Sinnessystem spielt eine besondere Rolle für die Selbstwahrnehmung der Individuums und dessen Gefühl von Identität.

Die Verknüpfung zwischen den Eindrücken verschiedenster Sinne, Transfers von einer zur anderen Modalität ermöglichen uns im Laufe der Entwicklung eine wachsende Orientierungssicherheit in der Welt, die uns umgibt.

Die IT beschreibt in ihren Konzepten ein "totales Sinnesorgan"⁶¹, den Leib des Menschen.

*Er "umfasst die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen mit seiner Einbindung in den sozialen und ökologischen Bereich."*⁶²

Der Leib ist "perzeptiv", indem er Eindrücke aufnimmt, "memorativ", indem jede gemachte Erfahrung im "Leibgedächtnis" gespeichert bleibt, er ist "expressiv", indem er über Ausdruck und Handlung mit seiner Lebenswirklichkeit in Kontakt tritt und er ist "reflexiv"⁶³, indem er auf der Basis eines exzentrischen Ich seinen Lebensvollzug auch in Frage stellen kann.

Der "phantasmatische Leib"⁶⁴ schließlich "birgt in sich den guten und den bösen Traum, den Wunsch nach Unsterblichkeit, Unbesiegbarkeit, Schönheit, Vollkommenheit und das Wissen um Schwäche und Zerfall."

Stern beschreibt darüber hinaus die Fähigkeit von Säuglingen zur transmodalen Wahrnehmung und konnte durch Experimente nachweisen,

⁶⁰ Vgl. Osten 2000, S. 40

⁶¹ Merleau-Ponty cit. Petzold 1996, Bd. 1, S. 31

⁶² Petzold 1996, Bd.1, S.31

⁶³ ibid. S. 196

⁶⁴ ibid., S. 35

dass *“die angeborene ... transmodale Übertragungsfähigkeit ... außerordentlich hoch”* ist.⁶⁵ Informationen aus einer Sinnesmodalität können in eine andere übersetzt werden. Wie genau das geschieht ist noch nicht erforscht.

*“Vermutlich wird die Information dem Säugling gar nicht über einen bestimmten Sinnesmodus vermittelt. Sie überschreitet vielmehr die Modi oder Kanäle der Wahrnehmung und existiert in einer unbekanntem, supramodalen Form.”*⁶⁶

Die hier beschriebene generelle, globale Wahrnehmungsweise zeigt Ähnlichkeiten mit der Wahrnehmungsweise von Kindern, die in einem hypersensiblen Modus wahrnehmen, wie es für Kinder mit ADHS - Diagnose typisch ist. Hier geht es um Intensitätsgrade und Zeitmuster des Erlebens, die sich vermutlich länger durchtragen, als bei anderen Kindern.

Neben der Fähigkeit zur transmodalen Wahrnehmung beschreibt Stern noch eine Qualität des Erlebens, die er *“Vitalitätsaffekte”* nennt. Es sind dies *“schwerbestimmbare”* Qualitäten, die sich *“besser mit dynamischen, kinetischen Begriffen charakterisieren”* lassen, *“aufwallend,explosionsartig...anschwellend.....berstend...”*⁶⁷

Auch hier zeigen sich Parallelen: so wie der Säugling Handlungen viel unmittelbarer wahrnimmt, indem er auf die Vitalitätsaffekte dieser Handlungen reagiert, so scheinen auch Kinder im hypersensiblen Wahrnehmungsmodus viel stärker auf diese Vitalitätsaffekte ihres Gegenübers zu reagieren, als die Kinder, die sich schon mehr der *“erwachsenen”* Wahrnehmungsweise angenähert haben, in der sie verstärkt auf die kategorialen Affekte (Wut, Freude, Traurigkeit usw.) reagieren.⁶⁸

Jede Handlung hat unabhängig von ihrer Kategorie eine eigene *“Aktivierungskontur”*, die transmodal wahrgenommen werden kann. Es scheint, als würden Kinder mit ADHS-Symptomatik darauf viel deutlicher reagieren, als auf die Kategorie der Handlung.

Die hypersensible Wahrnehmung der Kinder mit ADHS - Symptomatik stellt eine besondere Herausforderung für die Menschen dar, die mit ihnen umgehen.

⁶⁵ Stern 2007, S. 79

⁶⁶ Stern 2007, S. 79

⁶⁷ Ibid. S. 83

⁶⁸ Vgl. ibid. S. 87

1.3 Manifestation von besonderem Verhalten im Kontext der “social worlds” des Vorschulalters

Im Ansatz der IT hat der Respekt vor der Lebenswirklichkeit von Klienten und Patienten, den “social worlds”⁶⁹ einen hohen Stellenwert. Konkret bedeutet das, sich Zeit zu nehmen, um genau zu verstehen, in welcher Lebenswirklichkeit der andere zu Hause ist, genau hinzuschauen wo Potentiale, Kompetenzen und Ressourcen in dieser Wirklichkeit beheimatet sind und wo Gefährdungen oder Defizite bestehen. Wenn der Kindergarten für ein heranwachsendes Kind zur neuen prägenden Lebenswelt wird, tritt er in Beziehung zu den bis dahin schon vorhandenen prägenden Lebenswelten der Herkunftsfamilie des Kindes und in unterschiedlichem Ausmaß zur medialen Lebenswelt, die in jede Familie in unterschiedlicher Intensität hineinreicht.

a. in der Herkunftsfamilie

Sofern ein Kind, aus welchen Gründen auch immer, nicht oder nur schwer in der Lage ist einen ruhigen, aufnahmebereiten Verhaltenszustand herzustellen, wird dem “*signifikant caring adult*”⁷⁰ eine deutlich erhöhte Kompetenz in der Erziehungsarbeit abverlangt: Die Forschung stellt frühe Orientierungsmerkmale für sich anbahnende ADHS - Symptome zur Verfügung, die immer sehr genau von sog. Regulationsstörungen zu unterscheiden sind.⁷¹ Ein Kind, das über unerschöpfliche Energien zu verfügen scheint, das sich im Wachzustand nur schwer beruhigt, das evt. sogar ein Kolik- oder Schreibaby ist, das eine Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen, Gerüchen und Geräuschen zeigt, das sich zum heiklen Esser entwickelt, das nur kurz und unruhig schläft, das sehr früh zu krabbeln beginnt, ständig auf Achse ist, sich nur schwer halten und lieblosen lässt, ist für seine Bezugspersonen eine große Herausforderung.

Die IT formuliert als mögliche spätere Krankheitsursache “*Krankheit als Folge fehlender Beachtung von Temperamenteigenschaften beim Kind durch Eltern und andere Betreuungspersonen sowie Fehlen geeigneter emotional-kognitiver*

⁶⁹ Vgl. Petzold 2003, Bd. 1, S. 67

⁷⁰ Ibid., Band 3, S. 1019

⁷¹ Diagnostische Klassifikation 0-3, (ZTT), ZERO TO THREE (Hrsg) Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Springer, Wien 1999
cit. Brandau et al. 2006

'Passungen' zwischen Eltern und Kind, was zu beziehungstheoretisch begründetem Stress führt."⁷²

Stern hat herausgearbeitet, dass die Übereinstimmung eines optimalen Erregungsniveaus zwischen Kind und Eltern eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Entwicklung ist.⁷³ Daneben ist die Affektabstimmung zwischen Kind und 'caregivern' signifikant: Ob eine Abstimmung gelingt hängt von ihrer Intensität, der zeitlichen Ausdehnung und ihrer Gestalt ab. Wahrgenommen wird dies vom Kind als amodal, ganzheitlich. Gelingt die Affektabstimmung stärkt sie das "Gefühl der Verbundenheit"⁷⁴ und wirkt positiv zurück auf die Beziehung. Gleichzeitig lösen nicht gelungene Abstimmungsversuche nicht nur bei den Kindern sondern auch in den caregivern Frustrationen aus, die in die Beziehung zurückwirken.

Resilienzfaktoren für die Entwicklung von Risikokindern (für die Ausbildung von ADHS - Symptomen) in den ersten Lebensjahren haben Brandau et al.⁷⁵

zusammengestellt. Innerhalb der IT gibt es eine Zusammenstellung von "Salutogenesefaktoren"⁷⁶, die ich an entsprechenden Stellen durch Fettdruck markiert hinzufüge:

- *Pränatale Stressfreiheit - Vermeidung von prä- und perinatalen Störungen*
- *Bindungssicherheit von Geburt an - zeitextendierte Entwicklungsförderung, Gewinn positiver Beziehungen*
- *Mitfühlende Anteilnahme der Eltern am Leben des Kindes - positive Bewertungen (appraisal/valuation), Copinchancen*
- *Elterliche Wärme und affektive Übereinstimmung - Konstanz, Anregungen, Support, Glückserfahrungen, Ausgeglichenheit*
- *Stabilität und Zusammenhalt in der Familie- positiver familialer Konvoi*
- *Klare Führung des Kindes durch konsistentes Erziehungsverhalten*
- *intellektuelle Fähigkeiten des Kindes - positive Lernerfahrungen, positive Selbstkonzepte*
- *soziokulturelle Förderung des Kindes - reiche Kreativität und Souveränität*

⁷² Osten 2000, S. 357

⁷³ Stern 2007, S. 111

⁷⁴ ibid. S. 224

⁷⁵ Brandau et al.2006, S.84

⁷⁶ Petzold,Polyloge 02/2002, S. 48

- *sozioökonomische Sicherheit - **guter sozio-ökonomischer Status***
- *unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk - **starke ressourcenreiche soziale Netzwerke mit harmonischen Beziehungen und funktionalen Kommunikationsstilen, positiver amikaler Konvoi***
- *gute sozialräumliche Angebote und bewusste Begrenzung der Erfahrungswelt des Kindes*

In der Literatur wird die besondere Bedeutung der Vaterbeziehung für die soziale Integration bei Jungen benannt, die zig mal häufiger von einer ADHS - Diagnose betroffen sind als Mädchen.⁷⁷ Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Matthias Fink verweist in seinen ADHS - Seminaren auf die Ergebnisse der Resilienzforschung als Wegweiser für Erziehungsverhalten von Vätern: Durch ihre *“bedingungslose Wertschätzung und Akzeptanz”*⁷⁸ des Kindes, ihr *“aktives Interesse”* und ihre *“Zeit”*, durch ihre *“Unterstützung bei der Entwicklung von Interessen, Fertigkeiten und Hobbys”*, durch *“Lob und konstruktive Kritik”* sowie das *“Erkennen von Stärken und Schwächen”* unterstützen sie in besonderer Weise ihr männliches Kind mit den Anforderungen, die innerhalb institutioneller Rahmen an sie herangetragen werden, gelingend umzugehen.

Deutlich rigider formuliert es die psychoanalytische Literatur: Hier wird behauptet *“dass die Väter von Kindern mit ADHS überwiegend abwesend sind und Entwicklungsfunktionen der Triangulierung nicht übernehmen. So wird ADHS auch als “DADS” bezeichnet, ‘Daddys attentions deficit syndrom’. Die Mütter scheinen infolge der dysfunktionalen Triade nur schwer in der Lage zu sein, grenzziehende Funktionen ausreichend wahrzunehmen.”*⁷⁹

b. in der medialen Lebenswelt

Fernsehen, Zeitungen, Computer, Videos, Radios, MP3 - Player, Play-Stations, Wiis haben Einzug gehalten in jede Familie.

Sie stehen in hohem Maße dem entgegen, was jedes Kind unbedingt erfahren muss:

⁷⁷ Brandau et al. 2006, S. 91

⁷⁸ Matthias Fink, Power Point, ADHS – Seminar an der EAG Hückeswagen 12/07

⁷⁹ Streeck-Fischer, A., Fricke, B. 2007, S. 286

die Fähigkeit zu innerer Bilderzeugung und kreativer Langeweile.

Gerade in den ersten Lebensjahren ist eine bewusste Auswahl medialer Angebote in Quantität und Qualität für jedes Kind unabdingbar. *“Die vom Computer bereitgestellte Realität erweist sich ... als unglaublich verarmt.”*⁸⁰, denn zur Entwicklung gehört es innere Repräsentanten von den Dingen der Welt zu bilden. Erst wenn dies geschehen ist, kann eine Auseinandersetzung mit der virtuellen Welt funktionieren. Ohne Zweifel aber ist es jungen Kindern noch nicht möglich zwischen Gesehenem in der virtuellen Welt und der realen Welt zu unterscheiden. Die dargebotene *“Klangsoße”* und *“Bildsoße nützen dem Kind nichts, um zu lernen, die Welt zu begreifen.”*⁸¹

In diesem Zusammenhang wird von Eltern häufig ein Phänomen berichtet: Ihre Kinder, die sonst oftmals rastlos getrieben ihre Aufmerksamkeit von einem zum anderen lenken, könnten ausdauernd sich mit Computerspielen beschäftigen. Beschrieben ist hier das Phänomen der sog. *“Hyperfocussierung”*⁸².

Der Hyperfokus ist das hochkonzentrierte Verharren an einem Projekt, oftmals ein Computerspiel ('highscoring' beim Action-Computerspiel).

Letztlich trägt diese Hyperfokussierung dazu bei, die Welt um sich herum zu vergessen und alle anderen Reize von außen - auch eventuell wichtige - zu ignorieren. Außerdem vermittelt es eine künstliche Aufwertung des Selbstwertgefühls, das unbedroht und ohne Kritik von außen hochgepusht werden kann.

Es gibt keine empirische Studie, die belegen könnte, dass ADHS durch vermehrten Medienkonsum verursacht würde. Allerdings erschwert oder verhindert gar dieser Konsum die Herausbildung vieler für die Bewältigung einer ADHS - Symptomatik notwendiger Fähigkeiten.

c. im Kindergarten

Die ICD-10 hält eine gesicherte Diagnose ADHS erst ab einem Alter von 7 Jahren für verantwortbar, das DSM - IV wählt den Zeitpunkt um 1 Jahr früher. Grund dafür ist die Tatsache, dass es zur normalen Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern

⁸⁰ Spitzer 2002, S. 224

⁸¹ Spitzer 2002, S. 226

⁸² www.ads-portal.de

gehört, Tendenzen zur besonderen Aktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit zu zeigen.

Der Eintritt in die Kindergartenzeit stellt aber eine Situation dar, die neue deutliche Hinweise auf besonderes Verhalten geben kann. Denn hier wird vom Kind erwartet, das es sich in strukturierten Gruppensituationen adäquat verhalten kann. Daneben erlebt das Kind im Laufe der Vorschulzeit etwa 1 Jahr vor Schulbeginn eine Phase verstärkter Beobachtung und Erwartung an seine 'Schulreife' durch Eltern und ErzieherInnen.

Im schlimmsten Falle kann bereits im Vorschulbereich ein Teufelskreis von gegenseitiger Enttäuschung und Frustration entstehen, im Pathogenesemodell der IT werden *“erworbene Muster des Scheiterns”*⁸³ genannt, ferner negative Bewertungen, unspezifischer Aktualstress, zeittextendierte Belastungen.

° Einige Kinder haben eine eigene Form entwickelt, soziale Kontakte mit anderen Kindern anzubahnen (z.B. Von hinten annähern, mit der Hand an den Hinterkopf des Partners klopfen und dann weglaufen, anderen Kindern nachjagen, Aufmerksamkeit suchen durch Kasper-Verhalten usw.).

Dieses Verhalten wird von den anderen Kindern kaum verstanden, häufig zurückgewiesen.

° Bei vielen Kindern ist eine reduzierte Schmerzempfindlichkeit zu beobachten, vermutlich eine reduzierte Wahrnehmung gegenüber Berührungsreizen. Wenn diese Kinder dann bei anderen zupacken, ist ihr Krafteinsatz häufig zu groß. Interpretiert wird es häufig als Aggression.

° Dem großen Bewegungsdrang, dem Ausagieren im Grünen, das nachweislich eine hohe stabilisierende Komponente hat⁸⁴, steht ein sehr strukturierter Vormittagsablauf mit deutlich zu geringem Personalschlüssel gegenüber. Auch die Abmessung und Ausstattung des Außengeländes unterliegt in Deutschland sehr engen Normen und Finanzierungsreglements.

⁸³ Petzold, Polyloge, 02/2002, S. 48

⁸⁴ Faber-Taylor und Kollegen (2001), cit. Honos-Webb 2007, S. 116

° Viele Kinder bringen eine erhöhte Risikobereitschaft und damit ein erhöhtes Unfallrisiko mit. Neugierde (novelty-seeking) und Hunger nach stimulierender Erregung (sensation-seeking) sind Ursachen für dieses Verhalten⁸⁵.

° In der Regel sind die Gruppen mit Kindern voll besetzt (ca. 25 Kinder pro Gruppe), der Lärmpegel ist hoch, manchmal läuft sogar noch Hintergrundmusik. Das für viele ADHS -Kinder in der Folgezeit so typische Verhalten wie aggressiv-oppositionelles oder zurückgezogenes- bedrücktes Verhalten kann hier verstärkt werden.

° Einige Kinder zeigen wenig Interesse an feinmotorischer Arbeit. Vor allem für viele Jungen im Kindergarten ist zu beobachten, dass sie Mal- und Basteltisch gerne meiden. Oftmals erschwert eine dysfunktionale Stifthaltung oder eine unentschiedene Rechts- Links - Orientierung die Beschäftigung mit Blatt, Farben und Scheren. Die Feinmotorik wird bei Meideverhalten nicht ausgeprägt genug trainiert, da es oftmals an Alternativangeboten fehlt. Die Übertragbarkeit dieser Situationen auf spätere Schreibaufgaben in der Schule oder Hausaufgabensituationen ist offensichtlich. Vermutlich liegt auch hier eine nicht ausreichend ausgereifte Wahrnehmung der eigenen Muskelspannung zugrunde.

° Kinder mit dem beschriebenen Verhalten suchen *“grundlegende affektive Übereinstimmung”*⁸⁶ mit den ErzieherInnen. *“Kinder mit ADHS lassen sich leicht und oft blitzschnell affektiv anstecken.” Über die nonverbalen Kanäle teilt sich dem Kind die Grundbotschaft mit, ob wir als Erwachsene es mögen bzw. annehmen.”*⁸⁷

Dem gegenüber steht im Alltag 1 Gruppenerzieherin mit 1 Ergänzungskraft, die den Vormittag für 25 Kinder strukturieren muss. In diesem engen Zeitfenster kann es schnell zu Missverständnissen kommen, das Kind läuft Gefahr oppositionell zu reagieren. Aversive Reaktionen der Erwachsenen darauf

⁸⁵ Brandau et al. 2006, S. 78

⁸⁶ Brandau et al. 2006, S. 73

⁸⁷ ibid. S. 73

verstärken wiederum die oppositionelle Haltung.

Verfestigungen und Chronifizierungen dieses Verhaltens können hier ihren Anfang nehmen.

- ° Die Beschäftigung mit dem Computer hat in vielen Kindertagesstätten Einzug gehalten. Begründet wird diese mit dem Chancengleichheit gerade auch für Kinder aus bildungsfernen Schichten⁸⁸. Diese Chance darf gerade für Kinder mit ADHS - Symptomatik angezweifelt werden.
- ° Ein durch viele reizüberfordernde Situationen im Vormittagsbereich aufgeladenes Kind versucht die Anstrengungen des Vormittags im häuslichen Bereich zu dekompensieren und gerät damit wiederum schnell an die Grenzen von sozial akzeptiertem Verhalten, sofern nicht die Eltern eine außergewöhnliche erzieherische Kompetenz haben oder durch gezielte Beratung auf diese sensiblen Situationen vorbereitet werden konnten. Dazu gehören Einblicke in helfende Strukturen sowie Umgestaltungen der häuslichen Umwelt wie sie in der Psychoedukation vermittelt werden können.

“Gerade beim ADHS wurde lange davon ausgegangen, dass die psychosozialen Komponenten auch primäre Auslöser sein können. Dies führte zu vorschnellen Gleichsetzungen ADHS = Verwahrlosung, fehlende Struktur u.a.”⁸⁹

Nach wie vor ist dieses Denken in den Institutionen des Elementarbereiches latent zu finden und macht für viele betroffene Eltern eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal schwer. Hinzu kommt, dass in Deutschland der *“Diagnostik wesentlich mehr Raum gegeben wird als den notwendigen Therapien.”⁹⁰* Vermutlich werden *“nicht einmal 10 Prozent des bundesweiten Bedarfs an ambulanten Therapien gedeckt.”⁹¹*

Sofern ErzieherInnen mit defizitorientierten Blick auf das Kind zugehen und ihre dabei gemachten Beobachtungen den Eltern weitergeben ohne dass sie perspektivisch Einblick in eine adäquate Therapieform können, werden sie mit viel berechtigtem Widerstand rechnen müssen. Im schlimmsten Fall kappen die

⁸⁸ Vgl. Kindergartenpädagogik Online-Handbuch, www.kindergartenpaedagogik.de

⁸⁹ Brandis et al. 2006, S. 59

⁹⁰ Frohne-Hagemann 2005, S. 19

⁹¹ ibid. S. 20

Eltern den Gesprächsfaden vollständig, um sich vor weiteren Enttäuschungen zu schützen. Letztendlich geht auch dieses Verhalten zu Lasten des Kindes.

Viele Studien haben sich mit der frühen Förderung von Risikokindern für eine ADHS - Diagnose beschäftigt. Zusammenfassend kann festgehalten werden:

“Wenn kleine Kinder Anzeichen von Schwierigkeiten in Richtung Hyperaktivität und Verhaltensproblemen zeigen, sollten unbedingt zusätzliche fördernde Maßnahmen zur Prävention ergriffen werden.

Obwohl eine Diagnose im Kleinkindalter mit starken Unsicherheiten behaftet ist, sollte mit den Fördermaßnahmen begonnen werden, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass die Auffälligkeit nur entwicklungsbedingt aufgetreten sind.”⁹²

1.4 Musikalische Phänomen im Zusammenhang mit einer ADHS - Symptomatik

Musik aktiv zu produzieren oder rezeptiv aufzunehmen ist ein komplexes Geschehen, an dem die individuellen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse eines jeden sehr individuell gefordert und beteiligt sind.

Gertrud Orff hat beschrieben wie das Kleinkind mit aktiver Musik umgeht: Ähnlich dem Sandburgen bauen, bei dem es Gebilde erschafft, die es anschließend voller Wonne selber wieder zerstört in dem Bewusstsein, sie wieder und wieder formen zu können, so hat es noch keinen Sinn für bleibende Formen in der Musik.⁹³ Das Kleinkind will entdecken, ausprobieren, verändern. Der Weg ist das Ziel.

Später erst kommt die Wiederholung hinzu. Aufgenommenes wird in verschiedensten Sequenzen, scheinbar nebenbei wiederholt, bis es schließlich zu bewussten Wiederholungen kommt, der Formung einer musikalischen Gestalt. Das Kind ist auf Entwicklung angelegt und dies zeigt sich auch im Experimentieren mit musikalischen Formen. Im Alter zwischen 4 und 6 Jahren nehmen die Kinder zunehmend im Spiel Beziehung zum Spielpartner auf, dialogische Frage - Antwort-Spiele entstehen. Immer neue Variationen kommen hinzu, immer wieder neue musikalische Gestalten können entstehen. Das Entwicklungsziel formuliert Gertrud

⁹² Brandau et al. 2006, S. 108

⁹³ Frohne – Hagemann 1999, S. 38

Orff so: *“Wir müssen erreichen - ganz gleich wo wir stehen - zur Gestalt zu kommen, zur Entscheidung einer Gestalt.”*⁹⁴

Dann hat alles seinen gehaltenen Platz, das forte wie das piano, das crescendo wie das decrescendo.

Was für das Kinder-Spiel gilt, gilt auch für das musikalische Spiel von Kindern: Ein konkreter Spiel-Platz wird zum imaginären Spiel-Raum, der von einer eigenen Dynamik erfüllt wird:

*“Momente der Überraschung, des Abenteuers und des Einfalls”*⁹⁵ bekommen hier Raum, ganz gegenwartsbezogen. Dabei können Kinder in oftmals schnellem Tempo die Spielebenen wechseln: Spiel auf realer Beziehungsebene wird abgelöst von kreativem Chaos und der sog. Funktionslust. Ist die von G. Orff beschriebene Gestaltbildung nicht möglich, weil zu viele Reize einströmen, weil zu viele Möglichkeiten offen stehen, weil Wege blockiert oder gestört sind, wird das in der Musik hörbar.

Die Weiterentwicklung des musikalischen Spiel bleibt in jedem Fall eng verbunden mit den zur Verfügung stehenden Spielpartnern.

Je weiter das Kind in seiner Entwicklung mit anfordernden Institutionen in Kontakt kommt, desto mehr Bedeutung bekommt das Spiel als Freiraum, Erholung, Innovation, Kreativität:

*“Das Spielen mit Musikinstrumenten ist ein Heraustreten aus dem Alltagsleben in eine Sphäre von Aktivität mit eigener Tendenz, eigener Zeit und eigenem Raum und dabei auf das Gegenwartserleben bezogen.”*⁹⁶

Bei Kindern mit ADHS - Diagnose ist oftmals eine besonders kreative Handhabung des Materials der Instrumente zu beobachten. Dabei üben Schlaginstrumente und elektronische Instrumente häufig große Faszination aus: Bei den Schlaginstrumenten ist neben der zu erzielenden Lautstärke auch die sensomotorische Stimulierung des eigenen Körpers beim Musikmachen attraktiv. In immer neuen Varianten werden Schlagtechniken ausprobiert, werden Spielpositionen gewechselt,

⁹⁴ ibid. S. 47

⁹⁵ Petersen, Thiel 2000, S. 45

⁹⁶ ibid.

bekommen Utensilien gänzlich andere Funktionen.

Die Betätigung an den Instrumenten geschieht oft mit gleich bleibend großer Kraft und Schnelligkeit. Das Kind ist unüberhörbar präsent.

Es scheint als könne über die Musik ein Ventil geöffnet werden, aus dem im großen Schwall Energie hörbar gemacht würde. Dieses Hörbar - werden geschieht in doppelter Hinsicht: Das Kind versichert sich durch die eigene Betätigung seiner Selbst und seiner ungeheuren Kraft. Gleichzeitig verschafft es sich Gehör bei Zuhörenden.

Innerhalb kürzester Zeit kann das Kind das Spielmaterial wechseln. Manchmal sind einige Töne schon ausreichend, um auf das nächste Instrument neugierig zu machen. Momente der Verunsicherung, etwa die Unwissenheit wie etwas gespielt werden kann, dauern nur kurz, um danach in scheinbarer Selbstbewusstheit dem Instrument die Töne im eigenen Muster zu entlocken: schnell und laut.

Der harmonische Abgleich von Tönen setzt die Haltung des Lauschens und der Entschleunigung voraus. Diese Qualität wird zurückgestellt zugunsten der oben beschriebenen Qualität großer Kraft und Schnelligkeit. Im Resultat entwickeln sich dadurch viele disharmonische Sequenzen, die auf das Kind aber eher vitalisierend statt störend wirken.

Da es zunächst einmal um die Bestätigung des eigenen Selbst geht, sind Interaktionen zu Mitspielern zu Beginn nicht weiter bedeutend. Sofern es nicht ein Solitärspiel ist, ist es ein Parallelspiel, in dem mehrere Spieler "ihr eigenes Ding" machen. Diese Bestätigung des Eigenen wird aber auf die Dauer oder mit zunehmender Entwicklungs unbefriedigend bis schmerzhaft. Dem Wunsch einer (musikalischen) Beziehungsaufnahme steht ein eingeschränktes Handlungsmuster entgegen.

1.5 Normabweichende Aufmerksamkeit als Phänomen postmoderner Lebensumstände

Im Rahmen von Informationsveranstaltungen für verschiedene Adressaten (Eltern, Betroffene, Selbsthilfegruppen, Personal in Kindertagesstätten etc.) werden immer

wieder Bilder gezeigt aus dem Buch des Arztes Dr. Hoffmann “Der Zappelphilipp” (1845) mit dem Hinweis darauf, dass es unkonzentriertes, hyperaktives, impulsives Verhalten bei Kindern schon immer gegeben habe.

Auf der Suche nach historischen oder gesellschaftlichen Erklärungen für das geschilderte Verhalten wird nach heutigem Wissenstand deutlich, dass tatsächlich erst die beginnende Industrialisierung von Kindern die disziplinierte Aufmerksamkeit, Konzentration und gefügte Unterordnung unter einen gemeinsamen Produktionsprozess einforderte.⁹⁷

Sehr kritisch sah dies auch Elias, ein Referenztheoretiker der IT, der die Aussage formulierte, der Mensch werde in industriellen Produktionsprozessen gezwungen sich eine “Selbstkontrollapparatur” (1977)⁹⁸ anzulegen.

Bezeichnenderweise auch änderte sich der Sprachgebrauch für Kinder, die innerhalb institutioneller Erziehungsrahmen auffielen: statt wie früher von Rüpel, Frechdachsen, Madame Naseweis, Träumelinen, Bengeln oder Schlitzohren zu sprechen, werden Kinder mit auffälligem Verhalten heute schnell pathologisiert. Auffällig ist auch, dass der Begriff “Aufmerksamkeit” im Sprachgebrauch und Allgemeinverständnis gleichgesetzt wird mit der willkürlichen, institutionell geforderten Aufmerksamkeit. Tatsächlich unterscheidet man zwei große Stränge der Aufmerksamkeit:

die *unwillkürliche* und die *willkürliche* Aufmerksamkeit.⁹⁹ Man spricht von unwillkürlicher Aufmerksamkeit, wenn externe Reize eine Orientierungsreaktion auslösen. Wenn allerdings der Ort der Kontrolle im Individuum selber liegt, wenn die Aufmerksamkeitszuwendung absichtsvoll ist und aufrechterhalten werden kann, so spricht man von willkürlicher Aufmerksamkeit.

Diese schließt auch die aktive Leistung des Ausblendens von Reizen innerhalb des Wahrnehmungsfeldes mit ein und führt so zu *selektiver* Aufmerksamkeit.

“Die Kategorie Aufmerksamkeit als willentliche Wahrnehmungsfixierung wäre demnach keine dem Menschen generell zuschreibbare “natürliche” Eigenschaft im

⁹⁷ Mattner, D. in Leuzinger-Bohleber et al., S. 51 ff

⁹⁸ Elias cit. Mattner 2006, S. 63, vgl. Petzold 2003, Bd. 2, S. 612f

⁹⁹ Oerter, Montada 1987, S. 685

Sinne einer 'anthropologischen Kategorie', wie dies zum Beispiel mit dem 'Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom' des ADS-Konzeptes suggeriert wird, wonach diese Form der Wahrnehmung gewissermaßen eine biologisch vorbestimmte menschengemäße Wesenheit ist, sondern vielmehr eine sozial-ökonomisch notwendig gewordene normative Kategorie der Moderne."¹⁰⁰

Genauso hinterfragenswert wie der Begriff 'Aufmerksamkeit' sind auch die dem ADHS - Syndrom zugeordneten Begriffe 'Impulsivität' und 'Hyperaktivität'. Eine materiell - konsumistisch, auf Produktion und Export angelegte Gesellschaft in globaler Vernetzung mit schwindenden Ressourcen, in welcher Arbeit mit Menschen zunehmend unbezahlbar erscheint, passt die Normen des erwarteten Verhaltens an die Gegebenheiten an.

“Möglicherweise signalisiert die allseits beklagte epidemische Zunahme von kindlichen Auffälligkeiten gewissermaßen seismographisch die Nöte von Kindern in Zeiten postmoderner Lebensumstände, die in der biologistischen Deutungsperspektive nicht in den Blick genommen werden müssen.”¹⁰¹

Das DSM - IV - TR schätzt die Prävalenz der ADHS - Störung auf 3 - 7% bei Schulkindern¹⁰¹ (Ausgabe 2003). Die Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendärzte geht in ihrem “ADHS Konsensuspapier der Pädiatrie”¹⁰² von 5 % (in Zahlen ca. 500.000) Betroffenen aus. Im Vergleich dazu ist aber im Zeitraum von 1993 bis 2005 die Verordnungsmenge reinen Methylphenidats, dem Wirkstoff zur Behandlung der ADHS - Symptomatik bei Kindern, in der Bundesrepublik von 34kg auf 1.200kg gestiegen¹⁰³. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass sowohl Diagnosezahlen wie auch Medikamentenverordnungen weiter deutlich steigen. Es bestehen daher Vermutungen, dass häufig auch dort mit Psychostimulanzien behandelt wird, wo keine eindeutige Diagnose vorliegt.

“Am psychiatrischen Störungsbild der ADHS verdichten sich unterschiedliche

¹⁰⁰ Mattner 2006, S. 67

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰¹ DSM-IV-TR 2003, S. 123

¹⁰² www.wahrnehmungsstoerung.com

¹⁰³ www.bfarm.de (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)

Weltanschauungen des Heilens und therapeutischen Handelns wie an keinem anderen in der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie.”¹⁰⁴ Schon die Diagnosestellung wird sehr konträr diskutiert:

- orientiert man sich ausschließlich an den Symptomen oder schließt man weitere Kriterien mit ein wie Beginn, Dauer, ätiologische Faktoren?
- Ist der “Entscheidungsbaum”¹⁰⁵ bei der Diagnosestellung ausreichend, um Störungen mit ähnlichen Oberflächensymptomen¹⁰⁶ (Borderline, Störung des Sozialverhaltens, Angststörung, agitierte Depression, narzisstische Störung, Lernstörungen, PTB - posttraumatisches Belastungssyndrom u.a.) von einem ADHS - Syndrom zu trennen?
- Wird die Diagnose alleinig am Kind orientiert gestellt und kann dadurch die Eltern entlasten oder werden sämtliche Interaktionsfelder des Kindes in die Diagnose miteinbezogen?
- Welche therapeutische Richtung vertritt der/die Diagnosesteller?

Tatsache ist, dass *“Aufmerksamkeitsstörungen heute ...vergleichsweise unspezifisch diagnostiziert, bevorzugt medikamentös behandelt und selten systematisch und mit erprobten Methoden therapiert”*¹⁰⁷ werden. Außerdem gilt: Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnosen werden im bundesweiten Gesundheitssystem viele gestellt. Zahlen belegten aber 1999 bereits: *“fast jedes fünfte Kind leidet gelegentlich oder dauernd an behandlungsbedürftigen psychischen Problemen und Störungen.”*¹⁰⁸

Längst nicht immer bekommt die notwendige Therapie Zeit und Raum, um Leiden nachhaltig zu lindern.

“Die nachdrückliche Entwicklungsgefährdung, die mit einer Aufmerksamkeitsstörung verbunden sein kann, wird vor allem in Studien zur späteren seelisch-sozialen Gesundheit von aufmerksamkeitsgestörten Kindern

¹⁰⁴ Streeck-Fischer, A., Fricke, B. 2007, S. 278

¹⁰⁵ www.awmf.de Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie Nr. 028/019

¹⁰⁶ Vgl. Streeck-Fischer, A., Fricke, B. Praxis der Kinderpsychologie 2007, S. 279

¹⁰⁷ Lauth, Schlottke 2006, S. 32

¹⁰⁸ Frohne-Hagemann 2005, S. 19

*deutlich.*¹⁰⁹ Genannt werden häufig chronische zwischenmenschliche Konflikte, Schul- und Berufsabschlüsse unterhalb der eigentlichen Begabung, abrupte Lebensentscheidungen, Tendenz zu antisozialen Verhaltensweisen, Probleme im Umgang mit Suchtmitteln. Ferner wird in verschiedenen Studien darauf hingewiesen, dass sich Symptome einer Aufmerksamkeits- Hyperaktivitätsstörung nicht auswachsen, sondern vielmehr oftmals der Ausgangspunkt für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf sind. Im günstigen Fall sind die Störungen vom späteren Erwachsenen kompensierbar, können die Kompetenzbereiche (siehe 1.2) beruflich gut genutzt werden.

Festzuhalten bleibt die Tatsache, dass eine steigende Anzahl von Kindern einerseits hypersensible Wahrnehmungsmodi, gesteigerte Aktivierungsenergie, unwillkürliche Aufmerksamkeit und schnell wechselnde Impulsivität in die Interaktionen von Familien, Netzwerken und Institutionen einbringen. Andererseits haben eben diese Kinder durch Rahmenbedingungen von Institutionen und sozioökologischem Umfeld nicht ausreichend Gelegenheit, für eigene Kompetenzen und Performanzen positive Bestätigung zu bekommen.

Diese Gesamtsituation überfordert häufig alle Sozialpartner und verursacht Leid bei den Betroffenen, wenn sie Stress und Ablehnung als Reaktionen spüren.

Stress aber hat Auswirkungen auf das *“neuroendokrine Stress-sensitive System, das seinerseits wiederum entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung beziehungsweise Plastizität des Gehirns hat.”*¹¹⁰

Der Neurobiologe Hüther stellt heraus, dass eine Forderung nach Frühprävention zur Verhinderung von Störungen auf der emotionalen und Verhaltensebene bei Kindern eng gekoppelt ist an ein *“neues entwicklungsneurobiologisch orientiertes Konzept”*¹¹¹.

Hier kann die IT im Rahmen ihrer Theoriebildung und Praxeologie wertvolle Hinweise geben.

¹⁰⁹ Lauth, Schlottke 2006, S. 28

¹¹⁰ G. Hüther in: Leuzinger-Bohleber et al. 2006, S. 226

¹¹¹ ibid. S. 235

2. Erklärungsmodelle und Therapieansätze

2.1 Ätiologie

Es ist allgemeiner Konsens, dass die Symptome einer ADHS - Störung nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind. Ferner gibt es keine spezifischen körperlichen Merkmale eines ADHS. Eine Diagnose wird derzeit als Ausschlussdiagnose getätigt, d.h. andere körperliche oder psychische Erkrankungen, die für die Entstehung von Aufmerksamkeitsdefiziten, Hyperaktivität und erhöhte Impulsivität verantwortlich sein könnten, müssen ausgeschlossen werden können.

Viele Erklärungsfolien sind in den letzten Jahren aufgetaucht.

Im **“Diathese - Stress - Modell¹¹²”** werden grundlegende und nachfolgende Bedingungen , die für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung relevant sind, zusammengefasst. Für die ADHS - Symptomatik ergeben sich folgende Hinweise:

- ° Die *Neurophysiologie* beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit der *“Dopaminhypothese”*, untersucht die *“noradrenerge Hypothese”* und schließlich die *“serotoninerge Hypothese¹¹³”*.
- Die *“Dopaminmangelhypothese¹¹⁴”* der vergangenen Jahre besagte folgendes: Eine unzureichende Dopaminsynthese oder Dopaminfreisetzung sei die Ursache für auffälliges Verhalten im Rahmen des ADHS - Syndroms. Diese Hypothese wurde abgeleitet aus der Wirkung von dopaminergen Medikamenten und führte innerhalb weniger Jahre zu einem drastischen Anstieg von Gebrauch der Psychostimulanzie Methylphenidat in der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie.

Nach heutigem Wissenstand wird davon ausgegangen, dass im Gegenteil eine *“Hemmung der impulsgetriggerten Dopaminfreisetzung¹¹⁵”* durch die Medikamentengabe unterstützt wird - das Wirkungsverständnis ist also ein anderes geworden, an der zentralen Stellung der Pharmakotherapie innerhalb der für ADHS - Symptomatik angebotenen Therapieformen hat das neue Verständnis

¹¹² Lauth, Schlottke 2006,S. 35 ff

¹¹³ Bundesärztkammer 2005, PDF – Datei, S. 52

¹¹⁴ ibid. S. 222

¹¹⁵ ibid. S. 224

nichts geändert.

· Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Wirkungen von Dopamin im Gehirn fand ich einen interessanten Hinweis: Forschungsergebnisse konnten beweisen, dass *“das Dopaminrezeptor - Gen D 4, das eng verbunden ist mit Neugierverhalten, einen positiven selektiven Vorteil in der Evolution des Menschen vor 40.000 bis 50.000 Jahren aufweisen musste ... Gleichzeitig weisen die Autoren nach, dass etwa 50% der Menschen mit ADHS diese genetische Variante, die mit Neugierde und ADHS verbunden ist, aufweisen.”*¹¹⁶

Brandau setzte diese molekularbiologischen Forschungsergebnisse in Beziehung zur sogenannten *“Nomadenhypothese”* nach der Verhaltensphänomene von ADHS - Kindern der Gegenwart signifikante Übereinstimmungen zeigen zu Ergebnissen anthropologischer Forschungen über das Verhalten von Nomaden, deren Lebensweise evolutionsbiologisch ein prägender Bestandteil der Menschheitsgeschichte gewesen ist:

- Ihre risikobereite Neugierde war notwendig, um neue Reviere für Nahrung zu entdecken, neue Werkzeuge und ihren Gebrauch zu entwickeln, im Paarungsverhalten für die Streuung der eigenen Gene zu sorgen.
- Die nomadische Lebensweise konfrontierte ständig mit Veränderungen des Lebensraumes, auf die schnell und flexibel reagiert werden mußte.
- Der Raum war das Medium der Nomaden, nicht die Zeit (der geduldige Anbau, die langfristige Planung war ihre Sache nicht).
- Die Unmittelbarkeit der Verwertung von Ressourcen war im Überleben notwendig.
- Eine hohe Ablenkbarkeit half beim Hüten der Herden Gefahren sofort zu orten.
- Die ständige Bewegung, das Herumstreifen war eine existentielle Grundlage der nomadischen Lebensform
- In einer wenig hierarchischen, freien, dünn besiedelten Gesellschaft wie der

¹¹⁶ Brandau et al. 2006, S. 47

- nomadischen mussten die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Verhaltensregulation nicht so stark ausgebildet werden.
- Dagegen war die Impulsivität bei kriegerischen und jagdlichen Betätigungen von höherer Wichtigkeit.
 - Eine gute Orientierung im Raum war für Grundlage für erfolgreiches Jagen und Fährtsuche.
- Die *“noradrenerge Hypothese”* : Noradrenerge Neuronen sind an der Steuerung von selektiver Aufmerksamkeit, Vigilanz und Steuerung exekutiver Funktionen beteiligt. Ein dysfunktional arbeitendes Transmittersystem würde Beeinträchtigungen in den angeführten Bereichen auslösen.
 - Eine Beteiligung des serotoninergeren Systems an der Entstehung von ADHS wird ebenso vermutet. Neben Ergebnissen aus Tierversuchen deutet *“ der erhöhte Serotoningehalt im Plasma von ADHS ... Kindern im Vergleich zu gesunden”*¹¹⁷ darauf hin.
 - Die Einbeziehung des *“neuroendokrinen Stress-sensitive Systems”*¹¹⁸ in die Erklärung von ADHS - Entstehung seitens der neurobiologischen Forschung besagt, dass frühzeitige oder prolongierte Stresserfahrungen Spuren im Gehirn hinterlassen und dass Stress zusätzlich das dopaminerge System aktiviert. Gleichzeitig werden bei Stress, Überreizung und emotionalen Belastungen Botenstoffe ausgeschüttet, die *“destabilisierend auf die im präfrontalen Kortex erzeugten Aktivierungsmuster”* wirken und auf diese Weise den *“Rückgriff auf innere handlungsleitende Orientierung”*¹¹⁹ erschweren.
 - Des weiteren zeigen Schlafmuster und verschiedene Stufen der zentralnervösen Informationsverarbeitung Störungen.¹²⁰
 - Die *Neuropsychologie* verweist auf Störungen der kognitiven Flexibilität, Inhibitionsfähigkeit und exekutiver Funktionen¹²¹. Interessant in diesem

¹¹⁷ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 52

¹¹⁸ Hüther in: Leuzinger – Bohleber et al. 2006, S. 226

¹¹⁹ ibid. S. 230

¹²⁰ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 53

Zusammenhang ist die Theorie der persistierenden Restreflexe: “*dass nämlich frühkindliche Reflexe, die über den normalen Zeitpunkt ihrer Hemmung hinaus ihre Wirkung beibehalten ... auch auf subpathologischer Ebene eine 'normal' erscheinendes Kind in den unterschiedlichsten Bereichen seiner Entwicklung -Bewegung, Wahrnehmung, Verhalt, Lernen - empfindlich beeinträchtigen können.*” (siehe Teil 2)

- Die These der *genetischen Disposition* besagt, dass eine Veranlagung für die Ausbildung einer ADHS - Symptomatik vererbbar ist.¹²²
- Weiter genannt werden ungünstige *psychosoziale Bedingungen* (exogene Risikofaktoren): Dis-matches, unzureichende Passungen zwischen Eltern- und Kind- Temperamenten, unzureichende AffektAbstimmung, wenig empathische Beziehungsgestaltung, Angst vor Strafe, Vermeidungsverhalten, permissiv erlebte familiäre Bindungen, Verwahrlosung oder Verwöhnung¹²³, aber auch hoch belastete Eltern ohne ausreichende 'containing' - Kapazitäten, der Einfluss gesamtgesellschaftlicher Interaktionsformen¹²⁴
- pränatale Alkohol- und Nikotinexposition
- Schadstoffe und Nahrungsmittelallergien¹²⁵
- Zu ergänzen wären noch Forschungsergebnisse der Stoffwechselphysiologie, die besagen dass eine Defizit an ungesättigten Fettsäuren sowie ein erniedrigter Zink- Serumspiegel einen negativen Einfluss auf die Hirnentwicklung haben könnte, der von ätiolischer Bedeutung für die Entstehung der ADHS - Symptomatik mitverantwortlich sein könnte¹²⁶.

¹²¹ Goddard Blythe 2005, S. 13

¹²² Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 21

¹²³ Gebauer, K., Hüther, G. 2005, S. 28

¹²⁴ Gerspach in: Leuzinger – Bohleber et al. 2006, S. 93

¹²⁵ Brandau et al. 2006, S. 27ff

¹²⁶ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 22

- Durch die neuen bildgebenden Verfahren wurde es möglich auch hirnstrukturelle

Abweichungen bei Kindern mit ADHS - Diagnose nachzuweisen:

“Untersuchungen zeigten strukturelle und funktionelle (rechtsseitig betonte) Auffälligkeiten im Bereich des präfrontalen Kortex, des anterioren Gyrus cinguli sowie der Basalganglien und ihrer Verbindungen. Aber auch in den weiteren kortikalen Hirnregionen (Motorkortex, parietale und temporale Kortexareale), dem Corpus callosum sowie dem Cerebellum wurden Auffälligkeiten gefunden.”¹²⁷

Dieser Befund allerdings sagt noch nichts über die Entstehung dieser Veränderungen aus. Denn seit den Ergebnissen der Neurobiologie, dass das Gehirn in großer bleibender Plastizität auch ein Abbild seiner Nutzungsmuster ist, muss ein nutzungsabhängiger Erwerb dieser Veränderungen in die Überlegungen miteinbezogen werden. So hinterlassen z.B. auch Trauma- Erfahrungen deutliche Spuren im Gehirn.¹²⁸

- Ähnliche Fragen sind auch an die Positionen der Psychoanalyse zu stellen: Hier werden Hyperaktivität, erhöhte Impulsivität und mangelnde Aufmerksamkeit unter konflikt-dynamischen Aspekten verstanden und erklärt: Für Psychoanalytiker
 - basiert die Hyperaktivität eines Kindes immer auf einer frühen und oft persistierenden Beziehungsstörung mit den primären Bezugspersonen¹²⁹
 - bilden traumatische Trennungserlebnisse des Kindes oder transgenerationale Traumata der Mutter den Boden für auffälliges Verhalten
 - ist der Vater des Kindes entweder abwesend oder steht außerhalb der ambivalent verwickelten Mutter - Kind - Dyade und fällt in beiden Situationen als haltgebender und verstehender Dritter aus
 - macht Hypermotorik Sinn *“zur Bemächtigung und zur Kontrolle über die äußere Situation”*¹³⁰, als Flucht vor dem eigenen Innenleben und emotionaler Nähe. Gleichzeitig ist sie eine Flucht aus Angst vor der regressiven Wiederkehr früherer

¹²⁷ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 22

¹²⁸ Vgl. Hüther 2005, S. 17ff

¹²⁹ Vgl. Dammasch, in: Leuzinger – Bohleber et al. 2006, ADHS, S. 189ff

¹³⁰ Bürgin, D., Steck, B. in: Praxis der Kinderpsychologie 2007, S. 329

Ohnmachtserfahrungen. Außerdem wird auch die Hyperaktivität des Kindes als Antidepressivum für die Mutter betrachtet, seine Kraft und Lebendigkeit kann die Mutter psychisch lebendig halten

- wird eine nicht selektive Aufmerksamkeit als *“Verhinderung kohärenten Denkens”*¹³¹ verstanden
- zeigen sich innerhalb des Spielverhaltens mangelnde Symbolisierungsfähigkeit und Spielstörungen
- werden die Symptome des ADHS - Syndroms zusammenfassend als *“eine defensive Adaption eines Kindes mit einer unsicherer Bindung”*¹³² verstanden.

2.2 Die multimodale Therapie innerhalb der gegenwärtigen Richtlinienverfahren

Die derzeitigen Richtlinien¹³³ geben pharmakologischen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (VT) in Verbindung mit Psychoedukation den Vorzug. Durch standardisierte Therapieeinheiten und Wirkmechanismen sollen die bestmöglichen Ergebnisse erzielt werden. Die Wahrnehmung des Individuums in einem je individuellen “Lebenskontext” und “Kontinuum” wird dabei bewusst zurückgestellt.

Begründet wird dies zum einen durch eine Fülle von empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methylphenidat und VT bei ADHS. Zum anderen fehlen bislang Wirksamkeitsnachweise für andere Verfahren.

Innerhalb der VT wird operanten Techniken der Vorzug gegeben: sog. Kontingenz-Management durch Verstärker - Systeme, Time - outs und Response - Cost.¹³⁴

Langzeitstudien für kognitive Techniken wie Selbstbestärkung, Selbstinstruktionen, Problem-Lösetraining stehen noch aus.

Bei der Dosierung von Methylphenidat wird von einer Dosis von 0,3 - 1 mg pro Kilo Körpergewicht ausgegangen. Kinder unter 6 Jahren sollten nur in begründeten Ausnahmefällen mit der Psychostimulanzie behandelt werden.

¹³¹ Bürgin, D., Steck, B. in: Praxis der Kinderpsychologie 2007, S. 329

¹³² Streeck-Fischer, A., Fricke, B. 2007, S. 285

¹³³ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei, S. 25 ff

¹³⁴ Vgl. Grundkonzepte der Verhaltenstherapie in: Kriz 2007, S. 104 ff

Die Stellungnahme weist darauf hin, dass *“angesichts der Verbreitung der ADHS ... sowie ihrer klinischen Bedeutung, ihrer hohen Chronifizierungsrate und ihrer schwerwiegenden Folgen für die weitere Entwicklung der Betroffenen vermehrte Forschungsanstrengungen notwendig”*¹³⁵ sind.

Während es für die Diagnostik schon Grundlagenuntersuchungen gibt, die jedoch dringend erweitert werden müssen, indem sie die diagnostischen Kriterien spezifizieren, Gender-Aspekte verstärkt mit einbeziehen und einen verstärkten Blick auf die hohe Komorbidität richten, ist die *“therapeutische Versorgung von Patienten mit ADHS ... bisher wenig untersucht worden.”*¹³⁶

So bleibt in der Praxis vielfach für Eltern die kaum zu bewältigende Aufgabe der Selbstorientierung im Feld der vielen Anbieter, die Therapiemöglichkeiten jenseits der zu wenigen Richtlinienverfahren anbieten.

2.3 Das biopsychosoziale Modell (BPS) der IT als Erklärungsfolie zum ADHS - Syndrom

Das BPS - Modell der IT wurde bereits Mitte der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts entwickelt. Es hatte/hat als eine *“klinische Theorie mittlerer Reichweite”*¹³⁷ zum einen die Zielsetzung die Inhalte der Metatheorien im 'Tree of Science' der IT aufzugreifen und mit stets aktualisierten Forschungsergebnissen in ihr Therapieverfahren einfließen zu lassen. Dabei wurde aufgrund der 'Leiborientierung' des Ansatzes den Perzeptionen, Kognitionen, Volitionen und Emotionen eines Menschen besondere Aufmerksamkeit geschenkt (die leib- und bewegungstherapeutische Orientierung). Die Erkenntnisse der Neurophysiologie, von vielen als moderne Leitwissenschaft bezeichnet wurde¹³⁸, haben der IT zu verfeinerten Verstehensmöglichkeiten verholfen. Bisläng gültige Theorien grundlegend verändert haben sie nicht.

Zum anderen zeichnete/ zeichnet sich das BPS - Modell durch den Blick auf die

¹³⁵ Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei, S. 50

¹³⁶ ibid. S. 51

¹³⁷ Petzold 2003, B.1., S. 67

¹³⁸ Vgl. Schuch in: [www.bbpp.de/pdf-dateien/schuch – neurobiologie.pdf](http://www.bbpp.de/pdf-dateien/schuch-neurobiologie.pdf)

Lebensspanne des Patienten und Klienten ('lifespan developmental approach') und die 'Salutogeneseorientierung' aus. Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentfaltung muss im Verständnis der IT immer auch das mit einbeziehen, was der Patient an Ressourcen, Kompetenzen und Performanzen mitbringt (die psychotherapeutische Orientierung).

Und schließlich ist es die Netzwerkorientierung innerhalb der IT, die innerhalb des BPS -Modells nach den konkreten Rahmenbedingungen des Lebens, nach möglichen Solidaritätserfahrungen fragt oder diese ermöglichen hilft (die soziotherapeutische Orientierung).

All dies wird verstanden als *“kritische Humantherapie”*¹³⁹, die die *“Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen”*¹⁴⁰ thematisieren will. Innerhalb dieses BPS - Modell müssen aus IT - Sicht für eine ADHS - Symptomatik viele Erklärungsfolien in ein Gesamtbild miteinbezogen werden. Die Trennung von B - P - S ist dabei ein theoretisches Hilfskonstrukt zur Differenzierung der verschiedensten Aspekte, verbunden miteinander sind sie alle in unzähligen Strängen:

B - *“bottum up”*¹⁴¹ - Ansatzpunkte vom Körper her

Eine genetische Disposition zu ADHS wird als erwiesen angesehen. Das gilt es zu berücksichtigen und - schon verschränkt mit sozialen Aspekt - zu fragen nach sich familiär durchtragenden Mustern von Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsinkonstanz und Impulsivität. Die IT formuliert dies als *“genetisch disponierte Vulnerabilität”*¹⁴².

Die Frage, welche Möglichkeiten und Einschränkungen auf der Ebene der leiblich - perzeptuellen Wahrnehmung ein Kind hat, ist des weiteren fundamental für das Verständnis von ADHS - Symptomen.

Der Organismus des Kindes, in dem unentwegt physikalische und biochemische

¹³⁹ Orth, Petzold in: Jubiläumsausgabe IT 2000, S. 131

¹⁴⁰ Petzold 2003, Bd. 1, S. 46

¹⁴¹ Petzold, Steffan, in: Jubiläumsausgabe IT 2000, S. 204

¹⁴² Petzold 2003, Bd. 2, S. 455

Abläufe Entwicklung initiieren, begleiten und verändern, hat mit der embryonalen Entwicklung begonnen. Allerdings kann man eigentlich nur vom "Organismusaspekt"¹⁴³, bzw. Körperaspekt sprechen, denn jede Interaktion mit anderen, und die ist von der ersten Sekunde des neu entstehenden Lebens durch die Mutter gegeben, hat Rückwirkungen auf diese Entwicklung. Die Kenntnis der somatischen Funktionsabläufe ist wichtig für das Gesamtbild.

'Der Körper, den ich habe wird zum Leib, der ich bin' - formuliert die phänomenologische Philosophie¹⁴⁴. Emotionen, Kognitionen und Volitionen werden von dieser leiblichen Basis aus unmittelbar mitgeformt¹⁴⁵. Einem Menschen stellt sich lebenslang - besonders aber in den ersten Lebensjahren - die Aufgabe, in seinem Körper anzukommen, in seinem Körper zu wohnen. Die je eigene Körpersprache kann über die Art der Bewältigung dieser Aufgabe Aufschluss geben.

Die derzeitige Behandlung von Kindern mit Symptomaten des ADHS - Syndroms lässt diese ganzheitliche Sicht vermissen: einzelne Therapieansätze stehen unverbunden nebeneinander: Es gibt neben der biochemischen Beeinflussung durch Psychopharmaka auch Ansätze die körperliche Ebene dabei mit in den Blick zu nehmen (Ergotherapie, Psychomotorik, Logopädie). Diese sind jedoch dem Ermessen des einzelnen Arztes überlassen, werden in ihrer Wirksamkeit vielfach angezweifelt¹⁴⁶, werden oftmals nicht als Kassenleistung bezahlt und bedienen immer nur spezifische Einzelaspekte.

Mit der ganzheitlich - wahrnehmenden und - ausdrückenden Lebenswirklichkeit von Kindern in den ersten Jahren hat dieses 'hopping' von einer Therapieform zur nächsten nicht viel zu tun.

P - "*top down*"¹⁴⁷ - Ansatzpunkte von der seelisch - mentalen Seite her

Die Konzeption der IT hat in ihrer Entwicklungstheorie und besonders in ihrer Persönlichkeitstheorie und Lehre zu Gesundheit und Krankheit viele Aspekte zusammengetragen, die wichtig sind auch im Zusammenhang mit ADHS im Vorschul-

¹⁴³ Petzold, IBT 1996, Band 1, S. 33

¹⁴⁴ ibid., S. 32

¹⁴⁵ Petzold 2003, Bd 2, S. 440

¹⁴⁶ Vgl. Bundesärztekammer 2005, PDF – Datei S. 35

¹⁴⁷ Petzold in: Jubiläumsausgabe IT 2000, S. 204

und frühen Schulalter. Dabei wird von dem Entwicklungsziel eines *“reflexionsfähigen 'reifen Ich’¹⁴⁸”* ausgegangen: das mit Stärke und Flexibilität die Ich - Funktionen handhaben kann, die da heißen : integrieren, differenzieren, abgrenzen. Das darüber hinaus Frustrationstoleranz, Rollendistanz und Kreativität in den Lebensvollzug einbringen kann. In diesem Lebensvollzug entsteht *“Identität”¹⁴⁹* durch Sozialisation und *“Ko-Respondenz”¹⁵⁰* mit anderen, durch Selbst- und Fremdattributionen, durch Prozesse des Erinnerns.

Damit dies in ausreichendem Maße gelingen kann, müssen in der Entwicklung bedeutende Erfahrungen ermöglicht werden: Die Fähigkeit zur emotionalen Differenzierung, zur Gefährtschaft, zu wachsender Sinnerfassung und zu Sorge für das Lebensumfeld werden als zentral erachtet.¹⁵¹

Betrachtet man das derzeitige Therapieangebot für Kinder im Vorschul - und frühen Grundschulalter, für die eine ADHS - Diagnose anzunehmen ist, so ist die Situation erschreckend: Eine medikamentöse Behandlung kommt in der Regel nicht in Frage. Als einziges Richtlinienverfahren ist die Verhaltenstherapie anerkannt (s.o.), die vor allem Selbstkontrolle und Problemlösungsstrategien entscheidend verbessern kann. Und selbst für dieses Verfahren muss noch die Einschränkung formuliert werden, dass es mit den derzeitigen Trainingsprogrammen der kognitiven Therapie erst ab Grundschulalter vorgesehen ist. Selbst im Grundschulalter sind diese Programme kritisch zu hinterfragen, denn dem Erwerb oder der Nachreifung vieler im Zusammenhang mit ADHS so entscheidend wichtigen Prozesse, wird hier kaum Raum gegeben:

- der Einübung und Verbesserung von körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten
- der Bekräftigung des Grundvertrauens, korrigierende nachsozialisierende Erfahrungen
- der Erweiterung des emotionalen Erlebens, Erweiterung des Ausdrucks- und Mitteilungsspektrums
- der ressourcenaktivierenden Erfahrungen

¹⁴⁸ Petzold 2003, Bd. 2, S. 431

¹⁴⁹ *ibid.*

¹⁵⁰ Petzold 2003, Bd. 1, S. 15

¹⁵¹ Vgl. Petzold 2003, Bd. 2, S. 440 - 446

Dem zu Folge gibt es eine große Lücke im Bereich Therapiemöglichkeiten für Kinder im Kindergartenalter mit Symptomen der ADHS.

Im *“zweiten Weg der Heilung und Förderung”*¹⁵² - Teil einer 4gliedrigen Systematisierung therapeutischer Zuwegungen heißt es: *“Unter Einbezug zwischenleiblicher Interaktionen und nonverbaler Kommunikation wird besonders an dysfunktionalen 'emotionalen Stilen' bzw. Strukturen/Schemata gearbeitet. Defizite emotionaler und volvitiver Sozialisation können durch Methoden der 'Umstimmung' beeinflusst werden, schwache Entscheidungskraft und fehlendes Durchhaltevermögen des Willens werden durch volvitiv Übungsequenzen verändert.”* Hier bietet sich für das Kindesalter die integrative - Musiktherapie (IMT) als ein methodischer Weg der IT besonders an. Darauf werde ich im zweiten Teil der Arbeit eingehen.

Die Bewältigung psychodynamische Konflikte, wie sie im Zentrum der analytischen Kinderpsychotherapie stehen, haben auch innerhalb der IT - Arbeit ihren Platz. Neben der *“übungszentriert - funktionalen”* und *“erlebniszentrierten”* Modalität kennt die IT in ihrer Methodenlehre auch eine *“konfliktzentrierte”* Herangehensweise.¹⁵³ Hier wird die grundlegende Mehrperspektivität der IT deutlich: Keiner der verschiedenen Modalitäten wird eine zentrale Stellung eingeräumt. Welche Modalität zum Einsatz kommt entscheidet sich durch die Bedürfnisse des/der Patienten und die Vorgaben für das Setting. Aus meinen Erfahrungen bezweifle ich, dass eine ausschließlich an psychodynamischen Konflikten orientierte individuelle Arbeit mit dem einzelnen Kind, für das eine ADHS - Diagnose gestellt wurde, *“best practise”*¹⁵⁴ ist.

Unabhängig von der Entscheidung für einen Weg, eine Methode, eine Modalität der Behandlung in der integrativen Therapie ist die Therapeutenhaltung bestimmt von *“Akzeptanz und Wertschätzung”*¹⁵⁵. Es ist grundlegend, dass der *“Therapeut in der Lage ist, eine fördernde, einladende und 'heilende' Atmosphäre um sich herum aufzubauen.”*¹⁵⁶ S - *“from the sides”*¹⁵⁷ - Ansatzpunkte von den sozialen Netzwerken her

¹⁵² Petzold 2003, Bd. 1, S. 77

¹⁵³ Petzold 2003, Bd. 2, S. 507

¹⁵⁴ Petzold 2003, Bd.3, S. 1050

¹⁵⁵ Osten 2000, S. 423

¹⁵⁶ ibid.

¹⁵⁷ Petzold, Steffan in: Jubiläumsausgabe IT 2000, S. 204

Innerhalb des IT - Therapieansatzes kommt der Analyse vergangener und gegenwärtiger “*Netzwerke, Konvois, Social Worlds*”¹⁵⁸ der Lebensspanne eine wichtige Bedeutung zu.

Ebenso wichtig ist die Frage der *Relationalität*”¹⁵⁹ in diesen Gruppen: “*Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit*”¹⁶⁰ An dieser Stelle bezieht die IT Wissen der Systemischen Ansätze wie auch der Soziotherapie mit ein.

Die integrativ - therapeutische Arbeit umfängt im “*4. Weg der Heilung und Förderung*” (s.o.) auch die “*Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme*”¹⁶¹

Denn für eine gelungene psychosoziale Entwicklung ist die polyadische Verankerung(nach der dyadischen und triadischen) eine wesentliche. Gerade dieses ist aber für Kinder mit ADHS - Verhaltensmerkmalen nur sehr schwer zu erreichen: Freies Spiel in Gruppen von Nachbarschaftskindern, vorzugsweise im Grünen, steht aus Gründen der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte für viele Kinder kaum noch zur Verfügung. Sportliche Betätigungen werden zwar von vielen Vereinen angeboten, das von den Kindern dort erwartete Verhaltens - und Leistungsspektrum ist allerdings recht eng normiert. Viele Kinder mit ADHS - Diagnose können eine sportliche Betätigung in Vereinen nicht aufrechterhalten. Bevor Kinder innerhalb von Musikgruppen eine Heimat finden können, durchlaufen sie eine musikalische Ausbildung, die nicht unerhebliche finanzielle Anstrengungen der Eltern verlangt und daher von diesen oft mit Erwartungsdruck belegt wird. Andererseits spüren viele Kinder mit ADHS - Symptomatik oft schon in Kursen zur musikalischen Früherziehung oder Grundausbildung, dass sie mit ihren Kompetenzen und Performanzen schnell an Grenzen stoßen. Außenseiterrollen in Netzwerken, Konvois, Social worlds werden früh erlernt und stabilisiert.

Dabei könnte gerade die musikalische Betätigung in der Gruppe ein wichtiges Feld der Salutogenese sein:

¹⁵⁸ Petzold 2003, Bd. 1, S. 67

¹⁵⁹ *ibid.*

¹⁶⁰ *ibid.*

¹⁶¹ Petzold 2003, Bd. 1. S. 78

Durch gemeinsames Bewegen und Musik-machen werden Kinder 'eingebettet' in kollektive mentale Repräsentationen von Polyaden¹⁶².

Sich in einer singenden, musizierenden, tanzenden Gruppe zu synchronisieren ist Erfahrung von Aufgehoben-Sein, Glück. Zu Themen der musikalischen Synchronisation hat Reinhard Flatischler im TaKeTiNa®Rhythmusmodell fundamentales Wissen zusammengetragen¹⁶³. Er bezeichnet die Erfahrung rhythmischen Aufgehoben-Seins als eine Ur-Sehnsucht, die genährt wird von der Erfahrung des rhythmischen mütterlichen Herzschlages im Uterus. Flatischlers Rhythmspädagogik eröffnete schon vielen Erwachsenen in der westlichen Zivilisation leistungs- und bewertungsfreien Zugang zu Rhythmus und Klang. Dieses Feld für Kinder, und vor allem für die Kinder zu öffnen, denen Gruppenmusikerfahrungen bislang verschlossen blieben, wäre eine wichtige Forschungsaufgabe.

Das Bild zu ADHS, das sich in dieser Mehrperspektivität der IT zeigt, ist sehr komplex. Dem entgegen steht die Tatsache, dass bislang weder im Bereich der Frühprävention noch durch die Bereitstellung geeigneter Therapieverfahren seitens des Gesundheitssystems angemessen auf diese komplexe Situation reagiert wird. 'Der Situation angemessen' würde in diesem Zusammenhang bedeuten:

1. Das Fachpersonal im Gesundheitsbereich ist geschult für Diagnose und Therapiemöglichkeiten von ADHS.
2. Eltern und 'caregiver' können bereits frühzeitig auf Unterstützung durch Psychoedukation zurückgreifen um ihre erzieherische Kompetenz zu stärken und sozialräumliche Verbesserungen in den Blick zu nehmen.
3. Kindertagesstätten haben ein Konzept dafür, wie sie mit ADHS - Symptomatik bei Kindern und in den begleitenden Elterngesprächen umgehen können. Das Fachpersonal ist in Ausbildung und Fortbildung qualifiziert und befähigt worden, dieses umzusetzen.

¹⁶² Petzold, 2010 "Mentalisierungen"

¹⁶³ Vgl. Flatischler 2006

4. Angebote der Frühprävention werden in Zusammenhang mit den Kindertagesstätten (räumlich, personell, finanziell) durchgeführt und evaluiert.

Aus dem Vorangestellten werden Forderungen für die Frühprävention im Vorschul- und frühen Grundschulalter deutlich.

Es wird gehen müssen um

- die Bereitstellung des Wissens über Zusammenhänge von Wahrnehmung und Hypersensitivität vieler Sinneskanäle, damit entsprechende Schutzmaßnahmen getroffen werden können
- die Ermöglichung der körperlichen Betätigung und des körperlichen Ausdrucks
- die Annahme statt Abwertung des Kraftvollen, Energiegeladenen, Schnellem im Ausdruck der Kinder
- die Bereitstellung von Aufgaben, die kreativ gelöst werden können
- die Bereitstellung einer Struktur, die inneres Gerichtetsein ermöglichen kann (mit Anfragen an Gruppengrößen, an die Ausbildung des Personals, an Personalschlüssel, an Spielmöglichkeiten im Freien etc.)
- die Hinführung zu Langsamkeit, Ruhe und Stille
- die Ermöglichung befriedigender Interaktionen
- die Erfahrung eines gelungenen Aufgehobenseins in einer Gruppe (durch Raum für Individualität und einer annehmenden Haltung)

***Teil II: Konzept einer integrativ-musiktherapeutischen Gruppenarbeit
überwiegend übungszentriert - funktional, im Rahmen
der Frühprävention bei ADHS im Vorschul- und frühen Grundschulalter***

Vorstellen möchte ich das Konzept einer Gruppenarbeit für 6 - 8 Kinder im übungszentriert - funktionalen Modus. Das übergeordnete Therapieziel dieses Konzeptes ist die *„Selbstregulation“* und die Hilfe zum Aufbau von *„persönlicher Souveränität“* wie sie von der IT beschrieben sind.¹⁶⁴ Innerhalb dieser übergeordneten Therapieziele werden gefördert die *„Entscheidungsfähigkeit“* im

¹⁶⁴ Petzold 2008, Bd. 2, S. 339

Sinne einer Unabhängigkeit von Reizimpulsen und die gerichtete *“Umsetzungskraft”* in der Handlung¹⁶⁵. Denn diese zentralen Willensfähigkeiten drohen bei Kindern mit ADHS - Symptomatik ohne den Einsatz von adäquaten Therapieformen nachhaltig geschädigt zu werden. Davon zeugen leider viele Entwicklungsverläufe:

*“ Bei gut der Hälfte aller Kinder mit einer hyperkinetischen Störung tritt oppositionelles Verhalten und im späteren Kindes- und Jugendalter aggressiv-dissoziales Verhalten auf. Weiterhin weisen ungefähr ein Viertel der Kinder in der Folge Lernprobleme und Teilleistungsdefizite im schulischen Bereich auf. Bei knapp 20 Prozent wird auch von emotionalen Störungen, vor allem von Angststörungen, berichtet.”*¹⁶⁶

Für dieses Konzept stellt die Methode der Rhythmik mit ihren vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Musik - Sprache - und Bewegung eine unerschöpfliche Quelle von kreativen Übungsansätzen zur Verfügung.¹⁶⁷ Besonders die Kopplung von Musik und Bewegung ist für Kinder mit ADHS - Symptomatik ein wertvoller, gangbarer Weg zu gerichteter Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und positivem Gruppenerlebnis. Werden diese Ansätze auf dem Hintergrund der IT in Verbindung gebracht zu Konzepten der Selbstwirksamkeit und Korrespondenz, mit Ergebnissen neurobiologischer Forschung zum 'Lernen' bereichert und in der IT - gemäßen *“Optik des behavioralen Paradigmas”*¹⁶⁸ verstanden, entsteht ein wirkungsvolles Konzept der Frühprävention, indem die Grenzen zwischen Agogik und Therapie fließend sind. Der soziotherapeutische Aspekt dieser Frühprävention ist dann gewährleistet, wenn diese Frühprävention innerhalb des institutionellen Rahmens der Kindertagesstätten bzw. Grundschulen stattfinden kann: Durch die Anwesenheit eines Co-Leiters aus den Reihen der Institution wird der Transfer in die Einrichtung hinein gewährleistet. Eltern können im Rahmen von Psychoedukation in Veränderungsprozesse miteinbezogen werden. Die neuen Familienzentren bieten hier durch ihre personelle und finanziell privilegierte Ausstattung gute Chancen der Umsetzung.

¹⁶⁵ ibid., Bd. 1, S. 12

¹⁶⁶ Rosner 2006, S. 171

¹⁶⁷ Vgl. Glate, Krause-Wiechert 1989

¹⁶⁸ Sieper, Petzold, Polyloge 10/2002, S. 4

Im Rahmen dieser Arbeit umreißt ich ein Konzept für die IMT - Arbeit im Bereich Frühprävention bei ADHS. Die Fülle von Spielvarianten in der Praxis auszuführen würde diesen Rahmen sprengen. Ich werde daher nur vereinzelt Übungen benennen, wenn sie zum Konzeptverständnis beitragen können. Wichtig aber ist für alle Ideen, Varianten, Sequenzen in der Praxis, dass sie für Kinder im Vorschul- und frühen Grundschulalter innerhalb von Vorstellungsbildern und/oder Geschichten vermittelt werden. Märchenfiguren und Helden, Tiere und Clowns laden die Kinder zur Umsetzung ein.

In dieser Arbeit wird überwiegend der übungszentriert - funktionale Modus der IMT bei ADHS beschrieben. Funktionstherapeutische Interventionen haben das Ziel, *“die Prägnanz der Körperschema- Erfahrung, das Spüren der Leibinseln zu fördern ..den mimisch-gestischen Ausdruck von Gefühlen zu ermutigen.”*¹⁶⁹

Selbstverständlich ist dieser Ansatz nicht klar zu trennen von der erlebniszentriert-stimulierenden Arbeit, die auf *“Förderung der Kreativität, Sensibilität, Expressivität, Kommunikationsfähigkeit usw.”*¹⁷⁰ ausgerichtet ist und immer auch Platz hat in den Therapiestunden.

Allerdings ist die 'Ankunft im eigenen Körper' mit seinen Möglichkeiten und Begrenzungen der Ausgangspunkt der IMT - Arbeit bei ADHS und soll hier vorgestellt werden. Erlebniszentrierte-stimulierende Arbeit setzt deutlich weniger Strukturen und kann den Spielraum für die Kinder vergrößern.

Sie braucht aber als Basis die Fähigkeit zur Impulssteuerung und Selbstkontrolle, die zunächst gestärkt werden soll.

1. Die Rahmenbedingungen

Eine klare Strukturgebung ist für diese Arbeit fundamental: Sie erstreckt sich von der Raumgestaltung über die wiederkehrenden Strukturelemente der Einheiten, von der Klarheit der Verhaltensregeln für die Kinder hin zur Klarheit im Verhalten des Therapeuten, damit ein Lernen im Sinne der *“social learning theory”*¹⁷¹

¹⁶⁹ Petzold 2003, Bd. 3, S. 911

¹⁷⁰ Petzold 1996, Bd. 1, S. 45

¹⁷¹ Petzold 2003, Bd 3, S. 1082

möglich werden kann.

Der leere Raum, in dem IMT im übungszentriert - funktionalen Modus für Kinder mit ADHS am besten stattfindet, sollte reizarm in der Erscheinung sein und ausreichend Bewegungsplatz für 6 - 8 Kinder bieten. Bewährt haben sich die Turnhallen der Kindertagesstätten. Der Raum wird strukturiert in einen Aktionsbereich und einen Ruhebereich, die bei ausreichend Platz zur klaren Orientierung optisch voneinander getrennt werden können.

Jede Stunde ist zur Strukturgebung von einem Begrüßungs- und einem Verabschiedungsritual eingerahmt. In der Binnenstruktur der Stunde wechseln Phasen der groß- und grobmotorischen mit denen der feinmotorischen Aktivität ab. Ebenso kommen Phasen einer maßvollen Geräuschkulisse, ruhige Phasen des Hörens und Lauschen sowie Phasen der Stille in den entsprechenden Aktions- bzw. Ruhebereichen vor. Reflexionsrunden im Sinne von 'das ist mir gut gelungen' und die Schlussrunde des positiven Feedbacks helfen den Kindern im Aufbau einer realistischen Selbsteinschätzung.

Eingesetztes Material sind Instrumente und Kleinmaterialien der Psychomotorik (Tücher, Federn, Luftballons etc). Die Instrumente für die Kinder entstammen zum großen Teil dem Orffschen Instrumentarium oder sind all jene Instrumente, die ohne größere Vorkenntnisse spielbar sind.

Im Prozess der Stunden werden Regeln des Miteinanders festgelegt, werden optische und akustische Signale erarbeitet, deren Einhaltung auch im Sinne eines 'response'- Konzeptes vom Kind eingefordert werden.

Durch diese Maßnahmen wird ein Rahmen gesteckt, indem die äußere gegebene Struktur einen '*potencial space*' (IT) schafft, in dem innere Strukturbildung ermöglicht werden kann.

2. Funktionen der Musik

Innerhalb der IMT - Arbeit mit Kindern im Vorschul- und frühen Grundschulalter mit Symptomen von ADHS verzichte ich, wieder der Methode der Rhythmik folgend, auf den Einsatz von Tonträgern. Live - gespielte Musik aktiviert die Aufmerksamkeit der Kinder deutlich besser, da hier im Gegensatz zu Tonträgern die hohen

Frequenzen der Töne erhalten sind¹⁷².

Die aktiv entstehende Musik im funktional - übungszentrierten Modus der IMT

- kann ein basaler Sinnesstimulus ein, der eigenleiblich wahrgenommen wird (Bsp. Spiel auf der Big Bom)
- kann helfen sich in rhythmische Strukturen einzuschwingen, was Kindern mit ADHS - Symptomatik oft nicht leicht fällt (Bsp. Finden eines gemeinsamen Pulses)
- kann rezeptiv aufgenommen einen Rahmen geben, der eine Lernerfahrung unterstützt (Bsp. Fortbewegung in der Gruppe)
- kann Erfahrungen von Struktur ermöglichen,
 - durch die in der Musik selbst innewohnende “ordnende” Kraft¹⁷³ im allgemeinen
 - durch Wiederholungen, Ostinati, gleich bleibende Tempi, verlässliche Rhythmen im besonderen (Bsp. musikalische Rituale der Begrüßung und Verabschiedung)
- kann durch abwechselnde Dynamiken verschiedene Vitalitätsaffekte für das Kind hörbar und nachvollziehbar machen (Bsp. laut - leise - Spiele, schnell - langsam - Spiele)
- kann durch bewusstes Spiel mit wechselnden Dynamiken die Selbststeuerung verbessern helfen (Bsp. angekündigte Spiele: “ich spiele für euch”)
- kann eine wichtige Selbstwirksamkeitserfahrung sein (Bsp. Dirigentenspiele, Solo - Tutti -Spiele)
- kann den Willen zur Integration in eine Gruppe stärken (Bsp. “wir spielen so, dass jedes Kind mit seinem Instrument hörbar ist.”)
- kann eine Ressource sein oder zu einer neuen Ressource hinführen (Bsp. Hinführung zu Ruhe und Stille)

Daneben kann die vom Therapeuten aktiv gespielte Musik im Interaktionsprozess mit der Gruppe flexibel gehandhabt werden: durch Be- und Entschleunigungen, Variationen der Parameter, Wiederholungen oder Pausen kann der Therapeut im stützenden, stabilisierenden Improvisationsspiel zeitnah auf Gruppenprozesse

¹⁷² Goddard Blythe 2005, S. 122

¹⁷³ Glathe, Krause-Wiechert 1989, S. XXVI

reagieren.

3. Die Aufgaben des Therapeuten

In jedem therapeutischen Prozess spielt die 'Passung'¹⁷⁴ zwischen Therapeut und Patient eine große Rolle. Wenn Kinder allerdings im angenommenen hypersensiblen Modus wahrnehmen können ist dies umso bedeutsamer: ihr sicheres Gespür für Akzeptanz und Wertschätzung ihrer selbst ist eine große Herausforderung an den Therapeuten.

Daneben sind die Muster nonverbaler Kommunikation, die der Therapeut in dieser Arbeit zeigt für die Kinder von großer Relevanz: sein/ihr eigener positiver Leibbezug, seine/ihre eigene differenzierte Selbstwahrnehmung, die Fähigkeit zur Regulation von Anspannung und Entspannung, Mimik und Gestik des Therapeuten haben Wirkung auf die Kinder, wie beispielsweise im MPI (Movement Produced Information)¹⁷⁵ beschrieben.

“Therapeutische Strategien und Prozesse sollten ... Modellverhalten und Imitationsmöglichkeiten, Möglichkeiten zu synchronisierten Aktionen” fördern.¹⁷⁶

In der Sprache der *“Willenstherapie”*¹⁷⁷ ausgedrückt heißt das: *“limbisches Lernen”* durch die Erfahrung liebevoller Annahme ist eine Voraussetzung volitiver Impulskontrolle und *“kollektive cerebrale Synchronisierungen”*¹⁷⁸ zu Menschen hin, die nicht selber unter dysfunktionalen Erregungsmustern leiden, ist hilfreich in diesem Prozess.

Die verbale Kommunikation erfordert eine Klarheit und Prägnanz der Sprache, die den Symptomen von ADHS - bei vielen Kindern bis in den sprachlichen Ausdruck erkennbar (schnelle Sprechen, zerhackte Sätze, impulsiver Ausdruck etc.) - ein neues Muster entgegenstellen kann. In der Methode der Rhythmik kommt der

¹⁷⁴ Petzold 2003, Bd.3, S. 1082

¹⁷⁵ ibid, S. 1083

¹⁷⁶ Sieper, Petzold, Polyloge 10/2002, S. 31

¹⁷⁷ Petzold, Sieper (Hgg.) 2008, Band II, S. 605

¹⁷⁸ ibid, S. 608

gestalteten Sprache eine besondere Bedeutung zu¹⁷⁹: häufig wird die sog. gebundene Sprache eingesetzt: Im Versrhythmus gesprochen werden Inhalte von den Kindern mit deutlich größerer Freude und Aufmerksamkeit registriert. Ein nacheinander eingeführtes Repertoire an Gesten (bspw. für auf und ab, laut und leise, für Kreisformen wie Stehkreis, Sitzkreis etc.) hilft die sog. Anweisungssprache zu reduzieren und erhöht die Aufmerksamkeit der Kinder. Die Verhaltenstherapie favorisiert darüber hinaus das sog. *“kognitive Modellieren”*¹⁸⁰ in Trainingsprogrammen, was ich auch in meine Arbeit der IMT aufgenommen habe: *“Der Therapeut vermittelt als Modell, wie eine Anforderung bewältigt werden kann. Dazu löst er eine Aufgabe und demonstriert, wie er vorgeht. .. Seine Selbstanweisung spricht er jeweils laut ... (offene Selbstverbalisierung).”*¹⁸¹

Beispiel:

Mit einer Klangschale wird im Sitzkreis ein 'Zauberklang' verschenkt, der ein Lächeln auf das Gesicht der Kinder zaubern kann.

Der Therapeut schlägt die Schale an, schiebt das Polster, auf dem die Schale steht, zum nächsten Kind. Dann reicht er den Schlegel nach. Während er diese Übung zeigt, spricht er laut dazu in Ich-Form. Das Kind, bei dem die klingende Schale angekommen ist, lauscht zunächst dem Klang, dann stoppt es ihn, indem es die Schalenwand mit Daumen und Zeigefinger berührt. Dabei spürt es die Schwingungen des Klanges deutlich als Vibration.

Kinder, die das zum ersten Mal erleben, staunen und lächeln unwillkürlich.

4. Die Auswahl der Inhalte

Die Auswahl der Inhalte ist entscheidend mit beeinflusst durch die *“Performanz - Orientierung”*¹⁸² der IT- Therapie mit Kindern. Performanz ist *“die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Wissensbestände, die zum Erkennen, Formulieren und Erreichen von Zielen erforderlich werden. ..”* sowie *“die Gesamtheit aller Fertigkeiten Praxen, die zur Umsetzung/Realisierung der Ziele mit gutem Erfolg notwendig sind.”*¹⁸³ Hier muss ein Schwerpunkt in der Therapie mit Kindern der ADHS - Symptomatik liegen, Angebote zu schaffen, die Aufforderung ('affordances')

¹⁷⁹ Glathe, Krause – Wiechert 1989, S. 11

¹⁸⁰ Lauth, Schlottke 2006, S. 127

¹⁸¹ ibid.

¹⁸² Sieper, Petzold 10/2002, Polyloge, S. 7

¹⁸³ ibid., S. 8

Verbesserung ('effectivities') aber auch Begrenzung ('constraints') schaffen. Petzold formuliert es so: *“Lernen durch Erleben und Handeln und Lernen durch Einfühlen und Verstehen muss in Interaktionen mit Menschen und im Umgang mit Dingen ... zu einem komplexen Erfahrungslernen verbunden werden.”*, auf den Ebenen des Verhaltens, der emotionalen Differenzierung und der kognitiven Einsichten. Dass es dabei zu *“Labilisierungen von Mustern”*¹⁸⁴ kommt, ist verständlich: Kinder können erstaunt und verwundert sein, aber auch irritiert. Wichtig für alle Angebote ist, dass sie möglichst in der *“Zone optimaler Proximität”* (Vygotsky)¹⁸⁵ liegen, in ihren Anforderungen also über dem Bekannten liegen, aber nicht zu weit entfernt davon, so dass Lernerfolg möglich ist. Daneben kommt dem einübenden Verhalten eine wichtige Bedeutung zu. In der IMT kann dies auch der feinmotorische Umgang mit den Instrumenten sein.

Beispiel: Eine 'Wind - Musik' mit harmonisch aufeinander abgestimmten Streichophon - Tönen
Das Spiel auf dem bei Kindern beliebten Streichophon erfordert einiges an Übung: Die Hand der dominanten Seite hält den Streichbogen, während der Tonzylinder mit dem metallenen Klangstift in der anderen Hand liegt. Durch eine Streichbewegung des Bogens auf dem Metallstift parallel zum Tonzylinder entsteht der 1 Ton, der dem Streichophon zu entlocken ist. Spielen mehrere Kinder mit harmonisch aufeinander abgestimmten Tönen, so entsteht eine atmosphärisch zarte schwebende Musik.

Die Handhabung wird zunächst Schritt für Schritt besprochen und vorgemacht (vgl. Kognitives Modellieren). Bei Fehlern der Handhabung bietet der Therapeut die sog. *“parallele Handlungssteuerung”*¹⁸⁶ an:

“Begleitend zum Vorgehen des Kindes verbalisiert er, wie er selbst vorgeht und zeigt das entsprechende Verhalten.”

Viele weitere Inhalte könnten hier genannt werden: genau hinsehen (Beispiele sind Handhabung von Instrumenten, Zuordnungen, Instrumentengruppen), genau hinhören (Beispiele sind Dynamik - Spiele als Frage - Antwort - Spiele), genau ausführen (Beispiele sind Spiegelung von Bewegungssequenzen).

Beim Training der Reaktionskontrolle (Beispiel: Wechsel der Fortbewegungsarten durch Musikimpulse) oder Training der motorischen Reaktionsverzögerung kann der Therapeut durch Musik mit stabilisierendem Charakter den Lernprozess hervorragend unterstützen: die Musik macht den Charakter der Übung hörbar

¹⁸⁴ Sieper, Petzold Polyloge 10/2002, S. 9

¹⁸⁵ Sieper, Petzold, Polyloge 10/2002, S. 24, vgl. auch Petzold 2010 *“Mentalisierungen”*

¹⁸⁶ Lauth, Schlottke 2006, S. 130

(Beispiel: Musik mit Schreit-Charakter unterstützt einen entschleunigten Bewegungsverlauf oder macht die Kraftdosierung für eine Übung hörbar).

In diesem Sinne stellt die Musik einen Rahmen für die neu zu machenden Erfahrungen dar: sie unterstützt in ihrer Sicherheit -gebenden und stützenden Qualität. Vorhersehbares, gleich bleibendes Tempo, verlässliche Rhythmen, klare Formen und Wiederholungen haben hier keinen Selbstanspruch sondern unterstützen eine andernorts zu machende Lernerfahrung.

a. vom Körper ausgehend

In der IMT - Arbeit mit ADHS - Kindern bekommen Angebote zur Differenzierung der Wahrnehmung einen besonderen Stellenwert. Allerdings ist das Wort 'Wahrnehmungsdifferenzierung' fast schon ein Widerspruch in sich: Wahrnehmung ist immer ein mehrdimensionales Geschehen, das gleichzeitig eng verbunden ist mit der Leistung zu sensorischer Integration.

“Körperkontrolle ist eine der Voraussetzungen für Selbstkontrolle.”¹⁸⁷

Von zentraler Bedeutung für alle Wahrnehmungsfunktionen ist das vestibuläre System: *“Das Gleichgewichtssystem überwacht den Austausch aller Sinneswahrnehmungen zwischen dem Gehirn und dem Körper - in beide Richtungen... Probleme mit dem Gleichgewichtssinn .. beeinträchtigen die sensorischen Systeme, da alle Sinneseindrücke das vestibuläre System auf Hirnstammebene passieren, bevor sie weitergeleitet und analysiert werden!”¹⁸⁸*

Deshalb findet die IMT- Arbeit mit ADHS -Kindern im freien Bewegungsraum statt. Nicht an Tischen und Stühlen, wie in der kognitiven Therapie, sondern in der freien Bewegung im Raum befinden sich die Kinder oder sie sitzen auf dem Fußboden. Diese Fußbodenorientierung ist besonders bei den Kindern zu beobachten, deren vestibuläres System nach Stimulationen sucht - weit über das Krabbelalter hinaus. So 'schmeißen' sich viele Kinder oftmals auf den Fußboden, sobald sie einen offenen Raum betreten oder beenden viele Bewegungseinheiten mit sog. Knierutschern. Weiter wichtig für ein vom Körper/Leib ausgehendes Konzept einer IMT - Arbeit mit Kindern ist die Förderung ihrer Körperschema-Wahrnehmung: Die Entwicklung einer inneren Landkarte des eigenen Körpers ist in der Vorschulzeit eine Aufgabe,

¹⁸⁷ Goddard Blythe 2005, S. 12

¹⁸⁸ ibid. S. 103

die gemeistert werden muss um in sich zu wohnen, in sich ruhen zu können. Gleichzeitig ist sie eine der Voraussetzungen für die Entwicklung einer lateralen Dominanz, welche wiederum in Hinblick auf das Erlernen der Kulturtechniken Lesen und Schreiben unverzichtbar ist.

Auch rhythmisch - musikalische Spielformen, die die Ausbildung der Lateralisierung und eine Förderung der Seitenunabhängigkeit durch Kreuzkoordinationen unterstützen sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Persistierende frühkindliche Reflexe¹⁸⁹ können dabei negativen Einfluss auf Wahrnehmungsdifferenzierung, sensorische Integration und Erarbeitung des Körperschemas nehmen: Jeder Mensch wird mit einer Vielzahl von Reflexen geboren, die das Überleben des Säuglings in den ersten besonders gefährdeten Wochen und Monaten seines Lebens unterstützen sollen. Die 16 wichtigsten Reflexe¹⁹⁰ haben gemeinsam Verbindung zu allen sensorischen Systemen, wobei die großen 4, der asymmetrische tonische Nackenreflex (ATNR), der symmetrische tonische Nackenreflex (STNR), der tonische Labyrinthreflex (TLR) und der Moro-Reflex die wichtigsten sind. Mit zunehmendem Lebensalter werden diese Reflexe gehemmt und durch Aktivitäten ersetzt, deren Steuerung von in der Zwischenzeit immer mehr und weiter entwickelten Hirnregionen mitbewirkt wird.

Gibt es in dieser Entwicklung zeitliche Verzögerungen, so dass ein Grundreflex noch aktiv ist, obwohl der Säugling oder das kleine Kind in seiner Entwicklung schon viel weiter fortgeschritten ist, hat das deutliche Auswirkungen auf das Verhalten. Ein nur unzureichend gehemmter Moro- Reflex beispielsweise bewirkt Hypersensitivität, Überreaktionen der betroffenen Kinder auf äußere Reize: ein *“Moro-geleitetes Kind ...befindet sich .. immer an der Schwelle der Kampf - oder Fluchtbereitschaft.”*¹⁹¹

Das Training der Reflexausreifung und/oder Reflexhemmung gehört in die Hände erfahrener Ergotherapeuten, sofern die Kinder älter als 7 Jahre sind¹⁹², die Kenntnis ihrer Existenz und Auswirkung ist für jede Arbeit mit Kindern grundlegend. Im Rahmen der wahrnehmungsdifferenzierenden Arbeit der IMT sind daher all die Anregungen wichtig, die die Haltungskontrolle, das Gleichgewicht und die

¹⁸⁹ Kesper, Hottinger 2002, S. 29

¹⁹⁰ Goddard Blythe 2005, S. 76

¹⁹¹ Goddard Blythe 2005, S. 76

¹⁹² ibid., S. 170

Koordination verbessern mit dem Ziel *“die Klarheit der durch jeden einzelnen Sinneskanal eintreffenden Informationen zu steigern.”*

In vielen therapeutischen Praxen wird gegenwärtig das Grundlagenkonzept von Lauth und Schlottke für ein *“Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern”*¹⁹³ eingesetzt. Es richtet sich an Kinder ab Grundschulalter und umfasst als kognitive Therapie die Bereiche Basistraining (der Wahrnehmung), Strategietraining, Wissensvermittlung über ADHS, und Vermittlung sozialer Kompetenzen. Demgegenüber vertritt die Therapie mit kreativen Medien den Standpunkt, dass kreative Bewältigungsangebote die schöpferische Kraft im Menschen, und besonders im Kind stärken und Integration ermöglichen. Die Methode der Musiktherapie innerhalb der IT setzt daher mit ihrer Arbeit an der besonderen Ressource an, die Kinder im Vorschulalter mitbringen. Sie sind nämlich besonders empfänglich für Stimulationen über Musik, Rhythmus und Bewegung.¹⁹⁴ Das hat zu tun mit der besonders starken Ausreifung der rechten Hemisphäre des Kortex in dieser Lebenszeit. Die besondere Wirksamkeit von Lernangeboten im Vorschulalter, die an Musik ge'koppelt' werden, hat hier ihre Erklärung. So hat eine einfache rhythmische Übung zur Fortbewegung im Raum¹⁹⁵ für Kinder mit ADHS-Symptomatik vielfache Lernangebote.

Beispiel: Spaziergang auf der Frühlingswiese

Zu einer improvisierten Musik im 4/4 Takt am Klavier gehen die Kinder auf eigenen Wegen kreuz und quer im Raum herum. Die Kinder nehmen die Musik hörend wahr, setzen sie in Bewegung im Raum um - je nach Tempo schneller oder langsamer, je nach Tonlage vorwärts oder rückwärts, was eingangs natürlich erarbeitet wird (Varianten dazu wären wie ein Hund laufen, wie eine Katze schleichen, wie ein Hase hüpfen, wie ein Pferd galoppieren usw.) Stoppt das Klavier mit seinem Spiel bleiben die Kinder stehen.

Jeweils 1 Kind erzählt, was er gerade auf der Wiese entdeckt hat, die anderen hören zu und nehmen daran Anteil. Bei Musikbeginn geht der Spaziergang weiter.

Die Fortbewegung im Raum ist eine einfache und höchst effektive Übung: Die Kinder sehen einander, können in Spielvariationen bewussten Kontakt aufnehmen. Sie orientieren sich im Raum und bestimmen eigene Raumwege. Bei der Kreuzung der Raumwege anderer richten die Kinder viel Aufmerksamkeit darauf, nicht

¹⁹³ Vgl. Lauth, Schlottke 2006

¹⁹⁴ Goddard Blythe, S. 174

¹⁹⁵ Vgl. Glathe, Krause – Wiechert 1989, S. 365

miteinander anzustoßen. “Vitalitätsaffekte” wie sie im ersten Teil der Arbeit beschrieben wurden und die auf Kinder mit ADHS Symptomatik deutlich wirken, lassen sich gut hörbar machen: anschwellend, abschwelend, aufbrausend, beruhigend ect. So ist es je nach aktueller Gruppenatmosphäre möglich, Atmosphären aufzunehmen und umzuleiten (bspw. eine Sequenz schnell wechselnder Laufrichtungen im wahrsten Sinne des Wortes “ausschleichen” lassen).

b. in Ko-Respondenz

Die IT spricht explizit von einer “*Philosophie der Bezogenheit*”¹⁹⁶, und sieht in der Ermöglichung von “*Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung*” einen zentralen Aspekt der praktischen Arbeit. In der IMT -Arbeit im übungszentriert- funktionalen Modus stehen 'Kontakt' und 'Begegnung' im Zentrum.

Der Kontakt, den ein Mensch zu Mitmenschen und Umwelt aufnehmen kann, ist abhängig vom Funktionieren seiner Sinnessysteme und dem Kontakt, den er mit sich gefunden hat. Das bedeutet, dass die angesprochene Wahrnehmungsdifferenzierung den eigenen Kontakt des Menschen zu sich selbst, sein Ruhen in sich verbessert und dadurch auch unmittelbare Auswirkungen auf seine Kontaktfähigkeit zu anderen hat. Kinder mit ADHS- Symptomatik erleben oftmals, dass es ihnen zwar gelingt Kontakt aufzunehmen, es aber nicht gelingt diesen Kontakt in die Dimension der Begegnung zu verlängern.

Kontakt enthält neben der Dimension der Berührung mit dem Anderen auch die Dimension der Abgrenzung vom Anderen, das Eigene wird vom Anderen unterschieden. Die IMT - Arbeit schenkt diesem Aspekt Aufmerksamkeit: Das - In der Wahrnehmung anderer - inadäquate Kontaktverhalten im Sinne von ‚zu viel‘, ‚zu schnell‘, ‚zu heftig‘, führt in der Konsequenz häufig zu Kontaktabbrüchen oder Ausgrenzung durch andere. Nun bieten Spielformen der IMT vielerlei Möglichkeiten Kontakte so zu strukturieren, dass ein zu viel, zu schnell, zu heftig vermieden werden kann. Wichtig ist auch hier wieder die klare Aufgabenstellung und die Einforderung der aufgestellten Regeln.

Beispiel: 'Versteinerungen'

Die Kinder der Gruppe haben sich jeweils 1 Triangel ohne Schlegel genommen und sich einen Platz

¹⁹⁶ Petzold 2003, Bd. 1, S. 198

im Raum gesucht. Sie sind dort 'versteinert' und können sich nicht bewegen. Ein Kind hat einen Schlegel erhalten. Das Kind besucht nun im eigenen Tempo andere Kinder. Dort wo es möchte erzeugt es am Triangel des anderen Kindes 1 (!) Ton. Solange dieser Ton nachklingt, kann das Kind, dem der Triangel gehörte sich frei bewegen. Den Wechsel - meinen Schlegel gegen deinen Triangel - initiiert das Spiel führende Kind selbst, spätestens wenn es mit jedem Kind der Gruppe Kontakt aufgenommen hat.

Begegnung ist weiterführend das wechselseitige Wahrnehmen und empathische Erkennen des anderen. *“Begegnungsfähigkeit wächst ... von den frühen Kindertagen an über ein Leben hin.”*¹⁹⁷ IMT- Arbeit kann gelingende Begegnungsarbeit unterstützen. Die Methode der Rhythmik kennt als eines ihrer Grundprinzipien das 'Führen und Folgen': *“In fast allen Übungen der Rhythmik wird auf irgendeine Weise geführt und ..reagiert. Die Führung wird ausgeübt z.B. ..über Musik, Sprache, Bewegung mit visueller, akustischer oder taktiler Übertragung. Es ist wichtig, dass gewissermaßen in Komplementärübungen die Führungsverhältnisse immer auch umgekehrt werden...Entsprechend sollen die Personen ihre Rollen immer wieder wechseln.”*¹⁹⁸

In strukturiertem Rahmen können die Kinder so zeitlich begrenzte Spielsequenzen mit selbst gewählten Partner erleben, bei denen die Aufgabenstellung Raum lässt für kreative Ausführungen.

Beispiel: Spiegelbilder. Die Partner stehen sich gegenüber und legen ihre Rolle fest. Zur führenden Musik bewegt sich der führende Partner in entsprechendem Bewegungsmodus durch den Raum (schleichend, Energie geladen, etc.). Der folgende Partner ahmt die Bewegungen des Führenden als Spiegelbild nach. Eine Variante dieser Begegnungssequenzen sind auch musikalische Frage- und Antwort -Spiele.

c. selbstwirksam

Die Erfahrungen der Funktionslust, der positiven Urheberschaft und der Selbstwirksamkeit des Kindes gehören eng zusammen¹⁹⁸, sind Teil der *“selbstreferentiellen Emotionen”*¹⁹⁹ und haben Bedeutung für die spätere Leistungsmotivation des Heranwachsenden. Ein entwertendes Klima, das einem Kind ein Nicht-richtig-Sein ständig vor Augen hält, ist in höchstem Maße schädlich. Kinder mit ADHS - Symptomatik leben in der Gefahr, diesen Entwertungen vielfältig

¹⁹⁷ Petzold 2003, Bd. 3, S. 795

¹⁹⁸ Glathe, Krause-Wiechert 1989, S. 27

¹⁹⁸ Osten 2000, S. 283ff

¹⁹⁹ Petzold 2003, Bd. 3, S. 1038

ausgesetzt zu sein. Demgegenüber kann das Kind in der IMT hörbar selbstwirksam agieren, indem es Instrumente zum Klingen bringt oder im Wechselspiel von Führen und Folgen maßgeblichen Einfluss nehmen kann.

Beispiel: Dirigentenspiele sind bei Kindern mit ADHS sehr beliebt. Hier haben sie die Möglichkeit selbstwirksam eine ganze Gruppe zu führen und innere Vorstellungen von Parametern hörbar zu machen. Beispielsweise bekommt der Dirigent ein rotes Tuch für 'Stopp' und ein grünes Tuch für 'Spiel'. Von erhöhter Position aus dirigiert er nun sein Orchester. An dem Energieeinsatz seines Dirigats erkennen die Kinder im Orchester die von ihnen im Spiel geforderte Vitalität. Auch hier hat die Regelbesprechung im Vorfeld einen Rahmen gesteckt, der ein ‚zu viel‘, ‚zu schnell‘, ‚zu heftig‘ vermeiden hilft.

d. neue Ressourcen erfahrend

Die Sehnsucht nach Entschleunigung und motorischer Ruhe ist auch dann bei Kindern mit ADHS - Symptomatik vorhanden, wenn ihr Verhalten offensichtlich eine andere Sprache spricht: schnell, laut, wechselnd. Der Weg aus der Beschleunigung in die Entschleunigung kann aber meistens nicht aus eigener Kraft gegangen werden. Der Therapeut kann durch adäquate Strukturen einen Weg in die Entschleunigung mitbahnen, Musikinstrumente und ihre Klänge können diesen Weg unterstützen:

Trophotrope Musik²⁰⁰ wird jene genannt, die eher schwebend wahrgenommen wird, mit wenig akzentuierten Rhythmen, häufig in moll- Tonarten, konsonant, leise, die im legato miteinander verbunden. Haben Kinder diese Art der Musik rezeptiv wahrgenommen und im Gespräch mit eigenen positiven Vorstellungsbildern belegen können - etwa 'Musik wie eine Katze, die sich im Körbchen räkelt' - können sie sich auf den Weg machen, das Räkeln ihrer eigenen Katze hörbar zu machen.

Klänge und Stille sind wie der Lärm grenzenlose Phänomene, die in besonderer Weise mit dem scheinbar entgrenzten Verhalten von ADHS - Kindern in Verbindung stehen. Der Lärm vermittelt Atmosphären von Bewegung und Energie, lädt aber geradezu zur Distanz zum anderen ein. In einer kleinen Gruppe wild drauflos spielender 'Krachschläger' lebt demzufolge jedes Kind einzeln seine Energie aus, bleibt aber letztlich allein. 'Begegnung' oder gar 'Beziehung' findet in dieser Musik nicht statt.

²⁰⁰ Decker – Voigt 2000, S.70 ff

Klang und Stille ermöglichen Erfahrungen der Nähe: zu anderen oder sich selbst. Diese Nähe zu sich und anderen ist vielen ADHS -Kindern unvertraut und doch ersehnt. Oftmals aber löst sie zunächst Unbehagen aus. Auch Angst - vor einer stillen Welt, die leblos und daher bedrohlich wirkt - kann sich einstellen. Daher macht der Umgang mit Klang und Stille die Schaffung einer sicherheitsbietenden Struktur notwendig: der räumliche Bereich, in dem Klang und Stille ihren Platz haben, ist kenntlich gemacht - kann also aufgesucht oder auch verlassen werden. Begibt sich die Gruppe gemeinsam zur Erfahrung der Entschleunigung ist eine zeitliche Struktur wichtig - sich einlassen auf die neuen Erfahrungen kann besser gelingen, wenn diese Erfahrung begrenzt ist und von Bewegung begleitet ist.

Beispiele: Die Hälfte der Kinder spielt mit einem Material, welches die Motorik entschleunigt, wie z.B. Federn oder Watte. Die andere Hälfte der Gruppe begleitet diese Bewegungsformen durch Klänge (Prinzip des Führens und Folgens) einer eher trophotropen Musik auf geeigneten Instrumentariums (z.B. Baßstäbe in pentatonischer Stimmung, darauf abgestimmte Windspiele und Kalimbas) in gestimmter Improvisation. Bewegung und Musik stehen in Wechselwirkung zueinander und bereichern sich gegenseitig.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist dann das Aushalten der *“prä-musikalischen Stille”*²⁰¹. Der Moment der Stille vor der Musik gibt Raum für Kommendes, richtet die Aufmerksamkeit auf dieses Kommende. Zu dieser Form der Stille sind die Kinder allerdings erst dann fähig, wenn sie erfahren haben, dass Momente der Stille, des bei-sich-Seins- zum einen aushaltbar waren und zum anderen sogar bereichernd. Erst mit diesem gemeinsamen Moment der gerichteten Aufmerksamkeit wiederum wird gemeinsames Musikzieren im Gruppenkontext möglich, was wiederum eine wichtige soziale Erfahrung ist.

Das gemeinsame Nachklingen-lassen nach dem letzten Ton schließt sich dann als nächste wichtige Erfahrung an. Vor der nächsten Aktivität kann einmal tief Luft geholt werden.

²⁰¹ Lagler, M., MT – online

Teil IV: Ausblick

Die Spielideen dieses Konzeptes sind sicherlich nicht neu:

- Die Methoden der Rhythmik blicken auf eine lange Tradition musikalisch-kreativer Förderung von Kindern zurück.
- Um die Wichtigkeit der empathischen Annahme jeden Kindes weiß jede engagierte Erzieherin.
- Die Hinführung zu einfachen Instrumenten, Verklänglichungen, Spielliedern und Spielformen mit Musik hatte schon immer einen Platz in der Elementar- und Primarpädagogik, nach Jahren der Vernachlässigung in letzter Zeit sogar wieder verstärkt.

Das Neue an diesem Konzept ist zum einen seine theoretische Fundierung innerhalb der IT. Gründend in einer konsequenten Theoriebildung werden Inhalte hier in innerer Logik aufeinander bezogen und nicht zufällig aneinandergereiht. Zum anderen ist die therapeutische Professionalität ein wichtiger Aspekt in dieser präventiven Arbeit mit kleinen Kindern. Dabei ist das hier vorgestellte Konzept nur die Basis einer IMT - Arbeit. Je mehr äußere Strukturen verinnerlicht werden, desto mehr Raum kann der erlebnisaktivierende-stimulierende Modus einnehmen. Und schließlich unterscheidet sich die differenzierte konsequente Umsetzung dieses Konzeptes von einer allgemeinen Förderung durch Musik wie sie in vielen Einrichtungen im Sinne von musikalischen Früherziehungen zu finden ist. Kindern mit frühen Symptomen einer ADHS - Störung wird eine allgemeine Förderung nicht nachhaltig helfen. Dennoch müssen sie in ihrer ganzheitlichen Wahrnehmungs- und Erlebensweise begleitet werden, will man ihnen gerecht werden. Viele Therapie- Angebote, die jeweils ausschnitthaft behandeln, laufen Gefahr eine frühzeitige Therapiemüdigkeit bei Kindern und Eltern zu begünstigen. Karl Gebauer und Gerald Hüther schreiben in ihrem Vorwort zu *“Kinder brauchen Wurzeln”*²⁰²: *“Und wenn die (Kinder) keine tiefen und weit reichenden Wurzeln mehr ausbilden können, verlieren nicht nur sie, sondern verlieren wir alle den*

²⁰² Gebauer, Hüther 2005, S. 8

Halt. Dann läuft unsere ganze Gesellschaft Gefahr, irgendwann umzukippen.”

Der dramatische Anstieg an ADHS - Diagnosen der letzten Jahre ist ein deutlicher Aufruf zu verstärkten Bemühungen im Bereich der Frühprävention.

Zusammenfassung: Aspekte einer integrativ-musiktherapeutischen Arbeit im vorwiegend übungszentriert - funktionalen Modus bei ADHS im Vorschul- und frühen Grundschulalter

Dem mehrperspektivischen Ansatz der Integrativen Therapie folgend werden Ursachen und Bedingungen der Entstehung einer ADHS - Symptomatik sowie Erfordernisse und Rahmenbedingungen eines Umgangs mit dieser Symptomatik für Kindergarten und Grundschule im bio-psycho-sozialen Modell zusammengeführt. Dabei wird die Forderung nach Frühprävention betont und beispielsweise die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Impulskontrolle in der Integrativen Musiktherapie aufgezeigt.

Das Ermöglichen positiver Gruppenerfahrung sowie der Zugang zu den Ressourcen von Klang und Stille sind weitere wichtige Bausteine. In der Umsetzung dieser Ziele werden Spielformen der Rhythmik mit Konzepten der Integrativen Therapie verbunden.

Schlüsselwörter: Integrative Musiktherapie, ADHS, Frühprävention, differentielle und ganzheitliche Förderung

Summary: Dimensions of an Integrative Approach in Music Therapy with an Exercise Centered-functional Modality treating ADHD Children in Preschool and Early School Age

In the multi-perspective approach of integrative therapy, the causes, conditions and demands on the treatment of ADHD in nursery and early primary school are brought together in a bio-psycho-social model. The need for early prevention is emphasized and the concept of integrative music therapy is introduced: Help towards self-determination and impulse control is provided in a group setting. A positive group experience and access to the resources of sound and silence are important elements of the treatment. The methods of rhythmic therapy in combination with the concepts of integrative therapy are central tools.

Key words: Integrative Music Therapy, ADHD, Early Prevention, Holistic and Differential Fostering

Literatur

- Baer, U., Barnowski-Geiser, W., Hyperaktive Kinder kreativ
Das Semnos – konzept in Therapie und Pädagogik
Verlag Affenkönig, Neukirchen – Vln, 2005**
- Brandau, H., Pretis, M., Kaschnitz, W. , ADHS bei Klein- und Vorschulkindern
Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 2006**
- Bürgin, D., Steck, B. , Psychoanalytische Psychotherapie und ADHD – Trias
in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie
Vandenhoeck & Ruprecht 4/2007, S. 310 - 332**
- Cramer, Dr. A., Tinnitus: Wirksame Selbsthilfe mit Musiktherapie
Trias, Stuttgart 2009**
- Dammasch, F., ADHS – endlich hat das Kind einen Namen.
Psychoanalytische Gedanken zur Bewegung des ruhelosen Kindes und zur
Bedeutung von Ritalin®
in: Leuzinger – Bohleber et al., ADHS – Fühprävention statt Medikalisierung
Theorie, Forschung, Kontroversen
Vandenhoeck & Ruprecht 2006, S. 189 - 237**
- Decker-Voigt (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie
Hogrefe, Göttingen 1996**
- Decker-Voigt, H.-H., Aus der Seele gespielt, Eine Einführung in Musiktherapie
München, 5. Auflage 2000**
- Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hrsg.), Musiktherapie mit Kindern,
Reihe: Beiträge zur Musiktherapie, Nr. 420
Eigenverlag, Berlin 2000
darin der Beitrag:
Mahns, W., Musiktherapie mit Kindern, S. 151 - 163**
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H./Schulte-Markwort, E.(Hrsg.)
Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ICD-10 Kapitel V (F)
Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis
Verlag Huber, Hogrefe, Bern 2006**
- Flatischler, R., Rhythm for evolution, Das TaKeTiNa Rhythmusbuch
Schott, Mainz 2006**
- Frohne- Hagemann, Musik und Gestalt
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999**

- Frohne – Hagemann, I. et al., Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kinder- und Jugendalter
Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ISD-10
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005**
- Gebauer, K., Hüther, G., Kinder brauchen Wurzeln
Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung
Patmos Verlag, Düsseldorf 5. Auflage 2005**
- Gerspach, M., Zum Verstehen von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen
in: Leuzinger – Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G., ADHS – Frühprävention
statt Medikalisierung, Theorie, Forschung, Kontroversen
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, S. 91 – 110**
- Glathe, B., Krause-Wiechert, H. (Hrsg.), Rhythmik – Grundlagen und Praxis
Kallmeyer'sche Verlagsbuchhandlung 1989**
- Goddard Blythe, S. Greifen und Begreifen
VAK Verlags GmbH, Kirchzarten bei Freiburg 2005**
- Honos-Webb, ADHS als Geschenk
Junfermann, Paderborn 2007**
- Hüther, G. Biologie der Angst – Wie aus Streß Gefühle werden
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 7. Auflage 2005**
- Hüther, G., Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen
bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen
und therapeutischer Interventionen
in: Leuzinger – Bohleber, M. Brandl, Y., Hüther, G. (Hg.), ADHS – Frühprävention
statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, S. 222 – 237**
- Kesper, Hottinger, Mototherapie bei Sensorischen Integrationsstörungen
Ernst Reinhardt Verlag München Basel 2002**
- Kriz, J., Grundkonzepte der Psychotherapie
Urban & Schwarzenberg, München 6. Auflage 2007**
- Lagler, M., Zwischenräume - Überlegungen zum Phänomen "Stille" in der MT
MT -Umschau Online**
- Lauth G. , Schlotke P. , Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern
Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin 2002**

- Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hg.), ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006**
- Mattner, D., ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens
in: Leuzinger-Bohleber, M., Brandl, Y., Hüther, G. (Hg.)
ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung
Theorie, Forschung, Kontroversen
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006, S. 51 - 69**
- Oerter, R./ Montada, L. u.a., Entwicklungspsychologie
Ein Lehrbuch
Psychologie Verlags Union, München – Weinheim 1987**
- Orff, G., Musiktherapie und Entwicklung von Gestaltbewußtsein beim Kind
in: Frohne – Hagemann (Hg.), Musik und Gestalt, Göttingen 1999, S. 36 – 47**
- Orth, I., Petzold, H., IT: Das 'biopsychosoziale' Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit-
ein 'lifespan developmental approach' – Theorie, Praxis, Wirksamkeit,
Entwicklungen, in: Jubiläumsausgabe IT, Junfermann 2 – 3 – 2000
S. 131 - 144**
- Osten, P., Die Anamnese in der Psychotherapie
Reinhardt Verlag, München Basel 2000**
- Passolt, M. (Hgg.) Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie
Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 2001**
- Petersen, D., Thiel, E., Tonarten, Spielarten, Eigenarten
Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2001**
- Petzold, H., Sieper, J., Integration und Kreation – Modelle und Konzepte der IT,
Agogik und Arbeit mit kreativen Medien
Band 1, 2. Auflage, Paderborn 1996**
- Petzold, H., Polyloge – IT kompakt, Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der IT
Düsseldorf, 2007**
- Petzold, H., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Band I und II
Junfermann, Paderborn 1996**
- Petzold, H., Integrative Therapie, Band I, II, III
Junfermann, Paderborn 2003**

**Petzold, H., „Brain wizards“, Hochbegabte Kinder – Chance und Schicksal
Über Neugier, poetische Gestaltkraft, 'creation styles', Überlegungen
aus der Integrativ-systemischen Kindertherapie
IT 2-3/2010**

**Petzold, H., „Mentalisierung und die Arbeit mit der 'Familie im Kopf“
Integrativ-systemische Entwicklungstherapie mit Familien
Das „bio-psycho-sozial-ökologische“ Model Integrativer Humantherapie
IT 2- 3/2010**

**Petzold, H.G., Sieper, J. (Hgg.), Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie
Zwischen Freiheit und Determination, Band 1
Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis,
Band II
Edition Sirius, Bielefeld und Locarno 2008**

**Petzold, H. , Steffan, A. , Gesundheit, Krankheit, Diagnose – und Therapieverständnis in der
“Integrativen Therapie” (Charta Colloquium I)
in: Jubiläumsausgabe IT, Junfermann 2-3-2000, S. 203 – 230**

**Petzold, H. , Orth, I., Sieper, J. , Transgressionen, Jubiläumsausgabe IT, 2-3-2000,
S. 231 – 276**

**Petzold, H. , Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, Band 1 und 2,
Paderborn, Junfermann 1994**

**Plahl, Chr., Koch-Temming, H., Musiktherapie mit Kindern
Grundlagen – Methoden – Praxisfelder
Huber Hogrefe, Bern 2005**

**Rosner, R. (Hgg.), Psychotherapieführer Kinder und Jugendliche
München 2006**

**Schmidt, M.H., Minimale zerebrale Dysfunktion. Das MCD-Konzept ist überholt
Deutsches Ärzteblatt 1992, 89 (6), S. 273 – 276**

**Schuch, H. W., Integrative Humantherapie – das “biopsychosoziale Modell”
Integrative Therapie, 2-3-2000, S. 138 – 202**

**Sieper, J., Petzold,H., Polyloge – 'Komplexes Lernen' in der IT –
Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen
und behavioralen Dimensionen
Düsseldorf, Amsterdam 10/2002**

**Spitzer, M., Lernen
Gehirnforschung und die Schule des Lebens
Spektrum Verlag, Heidelberg Berlin 2002**

**Stern, D. , Die Lebenserfahrung des Säuglings
Klett-Cotta Stuttgart, 9. Auflage 2007**

**Streek – Fischer, A., Fricke, B., Lieber unruhig sein als in einem tiefen dunklen Loch eingesperrt
Zum Verständnis und zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit- und
Hyperaktivitätsstörung aus Psychodynamischer Sicht
in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie,
Vandenhoeck & Ruprecht 4/2007, S. 277 - 299**

Internetquellen

www.ads-portal.de

**Bundesärztekammer, Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
(ADHS), Langfassung 2005
Ausdruck der im Internet zugänglichen PDF Datei**

www.bfarm.de (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)

**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie
www.dgfp.de, AWMF online**

www.kindergartenpaedagogik.de (Online Handbuch)

www.schulberatung.bayern.de, Dr. Ulbricht, Materialien für die Beratung ADHS, 2004

**Schuch, H.W., Einige kritische Fragen und Anmerkungen zum Geltungsanspruch der
Neurobiologie aus Sicht der IT
www.bbpp.de/pdf-dateien/Schuch-neurobiologie.pdf**

www.tinnitus-liga.de

www.wahrnehmungsstoerungen.com

Wikipedia, Stichwort “Highscore – Tabelle”