



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Bewegungstherapie als  
Behandlungsmöglichkeit von  
ADHS-erkrankten Kinder**

**Bachelor-Arbeit**

zur

Erlangung des akademischen Grades

„Bachelor of Arts“ (B.A.)

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2015.0380.9

**z.H. von:**  
vorgelegt von:

**Herrn Prof. Dr. Dr. Franke**  
Melanie Schmock

Abgabetermin:  
Studiengang:  
Veranstaltung:

04.08.2015  
Soziale Arbeit  
S-WP 2 Erkenntnisse und Grenzen der  
modernen Neurowissenschaften  
(Prof. Dr. Dr. Franke)

## **Gliederung**

Einleitung	2
1. Was ist ADHS?	3
1.1 Klassifikationsmöglichkeiten	
1.2 Symptome für die Diagnosestellung nach DSM-IV	6
1.2.1 Unaufmerksamkeit	6
1.2.2 Hyperaktivität und Impulsivität	6
1.3 Symptome eines Betroffenen	7
1.4 Entstehungstheorien	9
2. Therapieformen und Möglichkeiten zur Behandlung	12
2.1 Medikamentöse Behandlung	12
2.2 Psychotherapie	15
2.2.1 Einblick in die Psychotherapie bei Kindern	15
2.2.2 Psychoedukation und Verhaltenstherapeutische Intervention	18
2.3 Formen der Mototherapie	19
2.3.1 Sensorische Integrationstherapie	19
2.3.2 Psychomotorische Therapie	25
2.4 Bewegungstherapie und Physiotherapie	29
2.4.1 Studie an der TU-Dresden	35
3. Eigene Erfahrungen und Fazit	37
4. Quellenangaben	40
4.1 Internetquellen	41
4.2 weitere Lektüre zur Informationssammlung	42
Eidesstattliche Erklärung	44

## Einleitung

Seit etwa den Achtzigern spricht die Fachwelt vom AD(H)S, eine Symptomatik die bereits im Säuglingsalter auftreten kann und den Betroffenen bis ins hohe Alter begleitet. Der Bedarf mehr über das Krankheitsbild zu erfahren scheint noch lange nicht gedeckt zu sein, da die Zahl der Burnout- und Depressionspatienten im Erwachsenenalter rasant zunimmt. AD(H)S kann einige Begleiterkrankungen mitbringen, daraus könnte geschlossen werden, dass sich unter ihnen unerkannte und unbehandelte ADHS-Betroffene befinden. Viele verschiedene Entstehungstheorien, Therapiemöglichkeiten und unzureichende Aufklärung verkomplizieren und verwirren Betroffene und ihre Angehörigen. Ich möchte für mehr Sensibilisierung für das Thema „Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung“ sorgen. Diese Arbeit befasst sich mit der näheren Erläuterung des Krankheitsbildes mit ihren vorrangigen Symptomen, ihrer gesundheitlichen Einordnung und ihre Entstehungstheorien, sowie ihre unterschiedlichen Therapieformen. Dabei sollen die medikamentöse-, die Psychotherapeutische Behandlung und insbesondere die Bewegungstherapien wie beispielsweise die Mototherapieformen beschrieben werden und Kernstück sein. Grundsätzlich wird der Fokus dabei auf das Kindesalter gerichtet sein, wobei sich Vieles selbstverständlich auch auf das Erwachsenenalter übertragen lässt.

Einfachheitshalber wurde die männliche Form gewählt. Angesprochen werden damit jedoch beide Geschlechter.

## 1. Was ist ADHS?

ADHS oder auch Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörung gilt als eine der häufigsten psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters.<sup>1</sup> Im Dschungel der Diagnosen tauchen neben dem ADHS eine Vielzahl an weiteren Begriffen auf. Wie beispielsweise „Hyperkinetisches Syndrom“ (HKS), „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ (ADS), „Minimale Cerebrale Dysfunktion“ als eine geringfügige Störung der Gehirnfunktion (MCD) oder „Psycho-Organisches Syndrom“ (POS). Diese zahlreichen und unüberschaubaren Bezeichnungen führen mehr zur Verwirrung als zur Aufklärung der Störungsbilder.<sup>2</sup> Dies spiegelt allerdings nur die Erklärungsnot und Ratlosigkeit der Wissenschaft wieder. Während POS noch in der Schweiz verwendet wird, so gilt auch MCD als einer der älteren Begriffe. Inzwischen gelten diese aufgrund neuerer Erkenntnisse als veraltet.<sup>3</sup>

### 1.1 Klassifikationsmöglichkeiten

Seit den 80er Jahren wird der Begriff ADHS verwendet.<sup>4</sup> Dieser ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die derzeit gültige Bezeichnung, neben Aufmerksamkeitsstörung mit und ohne Hyperaktivität, einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung sowie Hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens.<sup>5</sup> Im DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen) und im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related) finden sich die Diagnosen für die genannten Störungsbilder.<sup>6</sup>

Im amerikanischen DSM-IV wird in drei Subtypen unterschieden wie der kombinierte Typ (unaufmerksam, überaktiv, impulsiv), der vorwiegend unaufmerksame Typ oder der vorwiegend impulsiv-überaktive Typ.<sup>7</sup> In der unten abgebildeten Tabelle sind die Unterschiede aufgeschlüsselt.

---

<sup>1</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 28

<sup>2</sup> vgl. Passolt 2001, S. 10

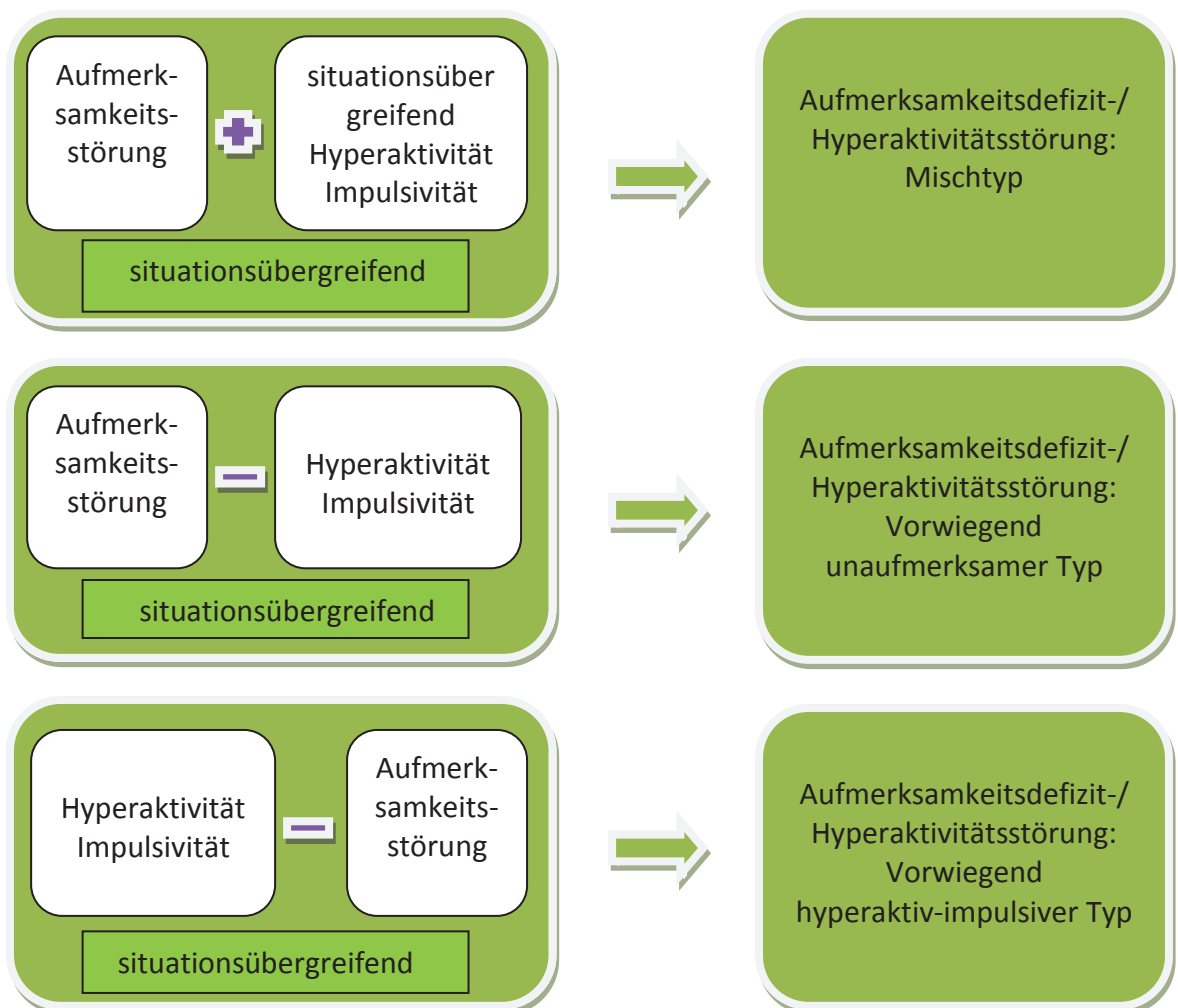
<sup>3</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 9

<sup>4</sup> vgl. Doering 2003, S. 14

<sup>5</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 21

<sup>6</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 23

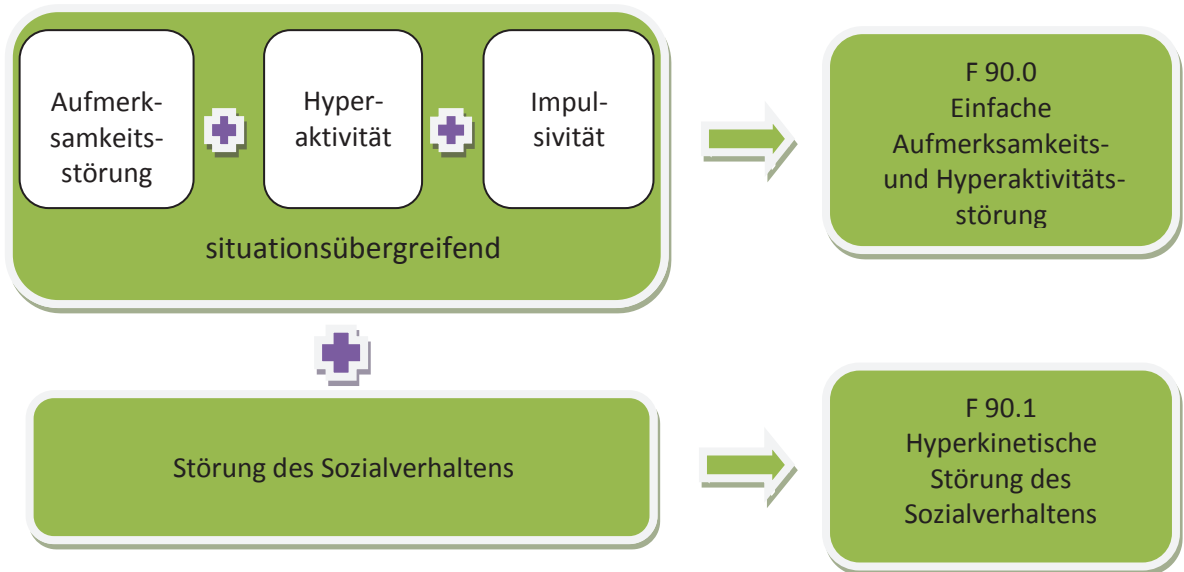
<sup>7</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 28

Diagnosetabelle nach DSM-IV<sup>8</sup>

Zur Definition des Störungsbildes im europäischen Raum wird die ICD-10 verwendet. Es grenzt die Symptome mehr ein somit verringert sich auch die Zahl der Betroffenen. Hierbei wird unterschieden in eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder in eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität.<sup>9</sup> Die Kriterien für die Diagnose einer hyperaktiven Störung nach ICD-10 sind als Übersicht in der folgenden Tabelle aufgeführt.

<sup>8</sup> Brandau/Kaschnitz 2013, S. 25

<sup>9</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 30

Diagnose nach ICD-10 <sup>10</sup>

Die Störungen der Aktivität, der Aufmerksamkeit und die der Impulskontrolle müssen mindestens sechs Monate beständig sein und in einem Ausmaß auftreten, welches nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entspricht und zu einer Fehlanpassung führt. Zudem setzen beide Klassifikationssysteme voraus, dass die Beeinträchtigungen der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit in zwei oder mehreren Bereichen auftreten. Diese hyperkinetischen Störungen können dabei unterschiedlich stark in den jeweiligen Lebensbereichen auffällig sein.<sup>11</sup> Da es sich um ein komorbides Störungsbild handelt ist eine gezielte und genaue Definition schwierig. Zusätzlich können Begleitsymptome einhergehen wie Verhaltensstörungen, Lernschwierigkeiten oder weitere affektive Störungen etwa Ängste. Durch eine professionelle Differentialdiagnose muss ausgeschlossen werden, dass andere Krankheitsbilder oder Phänomene die Symptome von ADHS imitieren. Da diese ebenfalls im Rahmen der Aufmerksamkeits- und Impulskontrolle auftreten können, beispielsweise Epilepsie, Schlafstörungen oder Psychosen.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Brandau/Kaschnitz 2013, S.24

<sup>11</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.23

<sup>12</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.21-22

## 1.2 Symptome für die Diagnosestellung nach DSM-IV

Um eine ADHS-Diagnose zu stellen müssen mindestens sechs Symptome oder mehr im letzten halben Jahr aufgetreten sein, die entweder den Symptomen der Unaufmerksamkeit (1.2.1) und/oder der Hyperaktivität und Impulsivität (1.2.2) untergeordnet sind. Zudem sollten sie nicht dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechen und in einem unangemessenen Ausmaß vorhanden sein.<sup>13</sup>

### 1.2.1 Unaufmerksamkeit

Die Unaufmerksamkeit spiegelt sich bei Betroffenen wie folgt wieder:

- beachtet häufig Details nicht und macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, der Arbeit oder anderen Tätigkeiten
- hat oft Probleme seine Aufmerksamkeit bei Aufgaben längere Zeit aufrechtzuerhalten
- scheint oftmals nicht zu zuhören, wenn er/sie angesprochen wird von anderen, wirkt abgelenkt und in Gedanken
- gegebene Anweisungen werden nicht vollständig ausgeführt oder kann Tätigkeiten nicht abschließen
- schlechtes Zeitmanagement, Erledigungen und Aktivitäten kann er/sie schlecht organisieren
- umgeht Tätigkeiten und Aufgaben die eine länger anhaltende geistige Anstrengung voraussetzen (z.B. Hausaufgaben, Bücher, Gemeinschafts- oder Mitarbeit)
- verlegt und/oder verliert wiederholt Gegenstände die er/sie benötigt für Aktivitäten oder gestellte Aufgaben (z.B. Bücher, Hefte, Stifte, Werkzeug etc.)
- leicht ablenkbar durch äußere Reize, wie Geräusche, Bewegungen etc.
- vergisst vielfach Alltagsaufgaben oder Aufträge<sup>14</sup>

### 1.2.2 Hyperaktivität und Impulsivität

Für die Hyperaktivität und Impulsivität lassen sich folgende Auffälligkeiten fest machen:

- oft unruhig, bewegt dauerhaft Hände und Füße, rutscht auf dem Stuhl umher, kaut, klopft oder kratzt an etwas

---

<sup>13</sup> vgl. Krebs 2003, S. 18

<sup>14</sup> vgl. Krebs 2003, S. 18

- steht oftmals auf wenn sitzen bleiben verlangt wird
- klettert nicht selten auf etwas hinauf oder läuft umher, bei Erwachsenen kann es auf ein subjektives Unruhegefühl begrenzt sein
- vielfach laut in der Gemeinschaft (z.B. beim Spielen), Freude oder Wut wird ohne Umsicht auf das Umfeld nach außen getragen
- macht den Anschein getrieben oder gehetzt zu sein
- kann schwer zuhören, redet vielfach ohne Pause und fällt anderen ins Wort
- gibt vorschnell Antworten auf noch nicht zu Ende gestellte Fragen
- hat Schwierigkeiten beim Warten bis er/sie an der Reihe ist (z.B. bei Aktivitäten oder Gesprächen)
- oftmals handel er/sie unüberlegt, aus einer Laune heraus ohne zuvor darüber nachzudenken<sup>15</sup>

Um eine Diagnose stellen zu können muss eine Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen vorliegen. Symptome die es erschweren sich in die Gesellschaft zu integrieren, zudem Schwierigkeiten der Intelligenz und Förderung von abgefragten Leistungen aufzuweisen. Eine Diagnose von ADHS muss aber nicht grundlegend sein, nur weil die ADHS-Symptome auftreten oder vorherrschen.<sup>16</sup>

### 1.3 Symptome aus der Sicht Betroffener

Im Kindesalter fühlen sie sich tollpatschig. Häufig überfordern sie andere Kinder mit ihrer ruppigen und überfallenden Art. Es fällt ihnen schwerer, als anderen Kindern sich in eine Gruppe einzugliedern, dies geht mit einem geringen Selbstwertgefühl einher.<sup>17</sup> Sodass sie oftmals alleine dastehen und wenig Freunde haben. Dennoch sind sie hilfsbereit.<sup>18</sup> Verantwortungsvoll und zügig reagieren sie auch bei Gefahr im Verzug für Mensch und Tier, auch wenn sie sich selbst dabei in Gefahr begeben oder mit einem Risiko verbunden scheint.<sup>19</sup> ADHS-Kinder basteln oder malen meistens ungerne. Sie können sich nur auf Dinge die ihr Interesse erweckt haben konzentrieren und länger daran festhalten. Sie

---

<sup>15</sup> vgl. Krebs 2003, S. 18-19

<sup>16</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 28

<sup>17</sup> vgl. Gerspach 2001, S. 57

<sup>18</sup> vgl. Hauch 2003, S. 150

<sup>19</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 50



sagen selbst über sich, dass Sie nicht dumm sind und in ihnen irgendwie Potential steckt. Um Ziele zu erreichen aber wahnsinnige Kraftreserven aktivieren und aufbringen müssen, die jeder andere anscheinend locker erreichen kann.<sup>20</sup> Im Gegensatz dazu, steht allerdings ihre Aufmerksamkeit häufig auf Dinge die anscheinend nebenbei passieren, bestimmt durch die hohe Reizoffenheit. So kann es passieren, dass der verlegte Schlüssel den Mama verzweifelt sucht, vom kleinen Sohn sofort entdeckt wird. Betroffene bringen eine große Neugierde und Erlebnishunger mit, der bisweilen auch den Orientierungssinn stärkt. Während die Tante noch im Parkhaus nach ihrem Wagen sucht, hat der sieben-jährige Neffe bereits geschildert auf welchem Deck das Fahrzeug steht und was sich in der Nähe befand, nämlich eine gelbe Wand und der Notausgang.<sup>21</sup> Ungerechtigkeiten und Unzulänglichkeiten sind AD(H)S-Betroffenen ein Dorn im Auge. Mit einem ausgeprägten Sinn für Schwingungen und Gefühlslagen und einem hohen Grad an Echtheit empfangen sie die Stimmung des Gegenübers. So spürt der quirlige zehnjährige Stiefsohn die Überarbeitung und Übermüdung des völlig verzweiferten Vaters, der sogar mit dem Gedanken spielt die Familie zu verlassen. Der Junge fertigt ihm daraufhin ein Freundschaftsband und gemeinsam mit einem Wunschstein so wie einem Zettel auf dem eine Aufmunterung für den Papa steht, legt er es in einem Briefumschlag in seine Jackentasche.<sup>22</sup> Doch es geht nicht nur nett und emphatisch. Über das Benehmen äußert sich der zehn Jahre alte Simon so. „Dieses Thema ist sehr schwierig. Es wird immer nur bei Kindern von schlechtem Benehmen geredet, obwohl ich finde, dass manche Erwachsene sich noch viel schlechter benehmen. Benehmen ist, wenn man was machen darf und wenn man was nicht machen darf. Dafür bekommt man dann auch Noten. Ich folge so gut es geht, ich meine, ich versuche es, aber oft gelingt dies nicht. Ich interessiere mich für viele Dinge, eigentlich für alles, am meisten für Sport, aber auch für Tiere. Da ich mich für so vieles interessiere, weiß ich oft nicht, was das Wichtigste ist. Manchmal muss man auch ein paar Mal zu mir sagen, was ich machen soll, schreien hilft dann nicht viel.“<sup>23</sup> Diese Schilderung des Jungen bildet ab, wie schwierig es den Betroffenen fällt, sich den geforderten, gesellschaftlichen Bedingungen anzupassen. Zeigt das Erleben und Wahrnehmen ADHS-Betroffener, ihre leichte Ablenkbarkeit sowie die Schwierigkeit

---

<sup>20</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 25

<sup>21</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 49-50

<sup>22</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 50-51

<sup>23</sup> Neuhaus 2007, S. 54

Prioritäten zu setzen und das Bemühen, dennoch allem gerecht werden zu wollen.<sup>24</sup> Zeitmanagement ist ein weiteres Thema. Eine Hausaufgabe oder ein ungeliebter Auftrag wird entweder unter enormen Zeitdruck erledigt oder gerne verschoben.<sup>25</sup> Ausreden können da lauten, wie „Ich hatte keine Lust die Hausaufgaben zu erledigen“, „Wir hatten ja auch nicht so viel auf und dann habe ich es irgendwie verpeilt.“, „Ich habe das ganz vergessen, weil erst begann der Tag mit Regen, aber es wurde doch noch sonnig und schön.“ Ich war am Wochenende weg und da blieb dafür keine Zeit.“, „Die Aufgaben konnte ich nicht erledigen, da ich es immer auf später verlegt habe und es dann plötzlich Abend war.“ „Ich musste erst das Aufgabenblatt suchen und dann hätte ich noch meine Eltern um Hilfe bitten müssen, das wollte ich nicht.“ So der 14 Jahre alte Philipp in seiner schriftlichen Begründung warum er seine Aufgaben nicht erledigt hätte. Dabei können diese Ausreden entweder sehr ehrlich und glaubhaft sein was für ihre Echtheit spricht. Oder Derjenige verstrickt sich dabei, um sein Handeln zu rechtfertigen, in einem Netz aus Notlügen. Wobei hier dem Einfallsreichtum und der Kreativität keine Grenzen gesetzt sind.<sup>26</sup>

#### 1.4 Entstehungstheorien

Wie bei den Begrifflichkeiten zum ADHS gibt es auch bei den medizinischen Grundlagen reichlich Verwirrung und unterschiedliche Meinungen. Die Mediziner haben sich zumindest darauf einigen können dass, die Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen nicht durch erzieherische und pädagogische Maßnahmen hervorgerufen werden. Doch die große Mehrheit ist der Auffassung, ADHS hat eine neurobiologische Grundlage. Neurotransmitter, also die chemischen Botenstoffe sorgen für verschiedene Hirnfunktionen, so auch für die Impulskontrolle, Aufmerksamkeit und die motorische Aktivität. Diese Funktionsstörungen schränken den Betroffenen dann beim konzentrierten arbeiten ein.<sup>27</sup> Primär zwei Transmitter Systeme spielen eine Rolle. Zum einen das Dopamin-System das im vorderen Teil des Gehirns liegt, sowie das noradrenerge System oder auch Aufmerksamkeitssystem genannt.<sup>28</sup> Unsere Nervenzellen

---

<sup>24</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 50

<sup>25</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 54

<sup>26</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 51-52

<sup>27</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.36

<sup>28</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.38

oder auch Neuronen transportieren Informationen und Signale von einer zur nächsten Nervenzelle. Zwischen jeder einzelnen befindet sich ein Spalt, der synaptische Spalt. Dieser muss übersprungen werden und dabei hilft der Neurotransmitter, also der chemische Botenstoff. Im synaptischen Spalt wird er normalerweise freigesetzt um dann die Informationen weiter zu leiten. Bei Kindern mit ADHS scheint diese Übertragung nicht so gut zu funktionieren. Da weniger chemische Botenstoffe im synaptischen Spalt freigesetzt werden. Somit entstehen Unterbrechungen in der Reizweiterleitung und der Nachrichtenfluss kann durcheinander kommen. Ungemein stark kommt es angeblich im Stirnbereich zur mangelhaften Verwendung von Dopamin.<sup>29</sup> Diese vorangegangenen Erläuterungen lässt die Wissenschaftler zu der Annahme kommen, ADHS sei eine stoffwechselbedingte Störung mit genetischen Anteilen. Dennoch wollen sie den psychosozialen Faktor bei der Entstehung von ADHS nicht außer Acht lassen. So stehen biochemische, psychologische und auch psychosoziale Bedingungen im Zusammenhang bei Entstehung und Stärkegrad der Problematik von ADHS und greifen ineinander über. Beispielsweise kann ein Jugendlicher sehr impulsiv sein (biologischer Faktor) dieses Symptom kann durchaus verstärkt werden wenn er wenig Rückhalt und Struktur durch seine Familie (psychogener Faktor) erhält. Zudem kann der Jugendliche durch negativen Einfluss von Freunden in seinen Verhaltensauffälligkeiten verstärkt werden (psychosozialer Faktor) und weitere ausprägen. Somit sollte das Gesamtbild aller Faktoren für ein sinnvolles Behandlungskonzept berücksichtigt werden.<sup>30</sup> ADHS kann und sollte am besten im Zusammenhang eines systemischen biopsychosozialen Schemas angemessen erforscht werden. Denn auch ein Dopamindefizit ist empirisch nicht belegbar. Neuere Sichtweisen unseres menschlichen Gehirns mit seiner breit vernetzten und hochdynamischen Funktion, als auch entsprechende Untersuchungen, können diese einseitige Erklärung eines Stoffwechseldefekts nicht halten. Viele Theorien zur Entstehung von ADHS beruhen noch auf alten Wissenschaftsmythen. Ausserdem ist wenig zu den vielschichtigen Beziehungen zwischen genetischen, neurobiologischen, entwicklungspsychologischen und sozialen Faktoren erforscht worden, demzufolge im Großen und Ganzen ungeklärt. Geht man die Forschungsliteratur durch, werden zahlreiche Untersuchungen aus jeglichen Fachbereichen vorstellig, oftmals

---

<sup>29</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.39-40

<sup>30</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.42-41

nebeneinander her stehend ohne Bezug zu- oder aufeinander zu nehmen. So können gut passende Stücke in dem großen Puzzle des AD(H)S nicht zusammengefügt werden.<sup>31</sup> Sozialpädagogische Ansätze der Diagnose und auch Untersuchungen zu den schwierigen Eingliederungsbedingungen von ADHS Leittragender und ihren Biographien sind besonders schwer zu finden und wenig vertreten. Sowie auch die psychosozialen Gesichtspunkte der gefühlsbetonten Innenwelt und der subjektbezogenen Lebenswelt der Betroffenen wurden in den bisherigen Untersuchungen stark vernachlässigt. Obwohl neuere genetische Forschungen auf die Bedeutung von gefühlsmäßig wichtigen Beziehungsfaktoren als Auslöser für die Aktivierung von Genen im Rahmen einer Genexpression verweisen.<sup>32</sup> Umstritten sind die Thesen von Gerald Hüther. Der Professor für Neurobiologie sieht die hirnbologischen Störungen als Resultat von krankmachenden Familienverhältnissen, Kita, Schule, Umweltfaktoren und der Gesellschaft im Allgemeinen. Er behauptet AD(H)S wird verursacht durch hohen Medienkonsum, Bewegungsmangel, zu wenig Naturerlebnisse und vermehrte gestörte Familienkonstellationen. Nachweisbare hirnbologische Fehlfunktionen seien zwar die Folge. Jedoch stellen diese nicht in erster Linie die zu behandelnden Ursachen dar. Im Sommer 2009 betreut Hüther zwei Monate auf einer Südtiroler Alm, eine Gruppe von ADS-Kindern gemeinsam mit Medizinerinnen, Pädagogen und Therapeuten. Er beobachtet Besonderheiten im Sozialverhalten dieser Kinder und entwickelt eine grundlegende neue Theorie daraus, über die Entstehung von AD(H)S. So berichtet er von Kindern, die nicht unter mangelnder Aufmerksamkeit litten, sondern vielmehr sich schwertaten ihre Aufmerksamkeit auf etwas Gemeinsames zu lenken, ein verbindendes Interesse an etwas Gemeinsamen zu finden, um sich dadurch auch mit einem anderen Menschen verbunden zu fühlen. Diese Fähigkeit, „shared attention“ so Hüther sei nicht angeboren und muss erst als Sozialisationserfahrung von einem Kind im Frontalhirn verankert werden.<sup>33</sup> Zudem spricht er nicht mehr nur von AD(H)S sondern nennt es übermäßig ausgeprägtes monoaminerges System.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.53

<sup>32</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S.54

<sup>33</sup> vgl. Tenzer 2015 (Internetquelle)

<sup>34</sup> vgl. Hüther 2015 (Internetquelle)

## 2. Therapieformen und Möglichkeiten der Behandlung

Wie es eine Vielzahl von Theorien zur Entstehung von AD(H)S gibt, so gibt es auch eine enorme Bandbreite dieser Problematik entgegenzutreten. Angefangen mit der klassischen medikamentösen Behandlung, Psychotherapie, verhaltenstherapeutischer Interventionen, Homöopathie, Ernährungsumstellung bis hin zu den verschiedensten bewegungstherapeutischen Behandlungsmethoden. Doch was hilft wirklich? Diese Frage ist wohl nur für jedes Kind selbst zu klären, da der unterschiedliche Ausprägungsgrad der AD(H)S-Problematik sowie zusätzliche Begleiterkrankungen eines jeden Betroffenen die Therapieform mitbestimmt. Unterschiedliche Lebenslagen, Belastungen oder auch Veränderungen können verschiedene Behandlungen erfordern, bestenfalls keine oder nur wenige. Einige der angeführten Therapien, sollen im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt werden, insbesondere bewegungstherapeutische Behandlungsmöglichkeiten und Sportanwendungen sollen dabei fokussiert werden. Welche Erfolge damit erzielt werden können, welche Möglichkeiten es dabei gibt und vor allem, womit fühlt sich das Kind beziehungsweise der Betroffene am wohlsten und gut aufgehoben.<sup>35</sup> Die anderen Behandlungsformen sollten hierbei nur kurz beschrieben werden.

### 2.1 Medikamentöse Behandlung

Sie ist Teil einer ganzheitlichen Therapie die sich auf drei Säulen stützt. Zum einen der Beratung und Aufklärung, einer Verhaltenstherapie zum anderen und der Medikamentösen Behandlung.<sup>36</sup> Die am meisten vertretene Behandlung der letzten 15 Jahre, ist die mit Psychostimulanzien. Hauptsubstanz ist das Methylphenidat, welches unter den Namen „Ritalin“, „Concerta“ oder „Medikinet“ bekannt ist.<sup>37</sup> Zudem gibt es auch Amphetamin-Präparate, welches als „Attentin“ als Reservepräparat angeboten wird. Seit Juni 2013 gibt es für Kinder und Erwachsene „Strattera“ ein Atomoxetans-Präparat, welches in Kombination mit einem umfassenden Behandlungsprogramm Anwendung findet.<sup>38</sup> Laut dem Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung München gilt die medikamentöse Behandlung als sehr wirksam, verbunden mit einem niedrigen Risiko, da die Nebenwirkungen, verglichen mit der Schwere der Beeinträchtigung zu billigen sind.

---

<sup>35</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 151

<sup>36</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 122

<sup>37</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 123

<sup>38</sup> vgl. Franke 2015, S. 5-6

Die Anwendungsdauer der Therapie ist abhängig von der Schwere, der Dauer der Symptomatik und des Entwicklungsstandes des betroffenen Kindes.<sup>39</sup> Vom Hersteller selbst wird empfohlen, Ritalin einmal im Jahr abzusetzen, bei einer Einnahme von mehr als 12 Monaten. Außerdem sollte die Behandlung unter ärztlicher Aufsicht erfolgen und der Nutzen für den Betroffenen muss stetig neu bewertet werden.<sup>40</sup> Die genaue Wirkung der Medikamente ist bislang noch nicht bekannt. Wohl aber dass der Hirnstoffwechsel beeinflusst wird. Alle Medikamente sollen auf die Hirnbotenstoffe wirken, die an einer zügigen Wiederaufnahme in die Nervenzelle gehindert werden und somit biologisch länger dem synaptischen Spalt dienen können. Während die Stimulanzien hauptsächlich auf den Botenstoff Dopamin ansetzen, hindert das Atomoxetin den Hirnbotenstoff Noradrenalin an der Wiederaufnahme in die Nervenzelle. Der Wirkstoff Atomoxetin, welcher kein Psychostimulans ist, wird durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde empfohlen, sollte der Patient oder jemand in seinem Umfeld Substanzen missbrauchen,<sup>41</sup> da Strattera ein Medikament ohne Suchtpotential sein soll.<sup>42</sup> Empfohlen wird es zudem wenn Angststörungen oder Tics als Begleitsymptome vorliegen.<sup>43</sup> Anders wie bei den Stimulanzien, sollten Patienten oder Erziehungsberechtigte von betroffenen Kindern darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein Abhängigkeitspotential besteht.<sup>44</sup> Obwohl hierbei die wissenschaftlichen Meinungen auseinander gehen. Die Patienten scheinen laut einer Studie vor einer Sucht von Stimulanzien geschützt zu sein.<sup>45</sup> Zudem sind die Medikamente allesamt verschreibungspflichtig und unterliegen in Deutschland dem Betäubungsmittelgesetz. Grundsätzlich finden die genannten Präparate ihre Anwendung erst ab dem 6. Lebensjahr und in Begleitung einer gesamtstrategischen Behandlung.<sup>46</sup> Die Vorteile von Methylphenidat sind eine schnelle Wirkung. So nimmt das Weggelassen oder Träumen ab, das Kind scheint erreichbarer zu sein. Es geht konzentrierter an seine Aufgaben heran und reagiert weit weniger auf ablenkende Reize. Bei Hyperaktivität ist eine Abnahme der Unruhe zu verzeichnen. Nachweislich erhellt und stabilisiert sich die Stimmung und ihre

---

<sup>39</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 123

<sup>40</sup> vgl. Franke 2015, S. 5

<sup>41</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 123-124

<sup>42</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 129

<sup>43</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 124

<sup>44</sup> vgl. Franke 2015, S. 5

<sup>45</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 129

<sup>46</sup> vgl. Franke 2015, S. 4-5

Toleranzgrenze, bezüglich des Frustes wirkt größer bei der Einnahme von Stimulanzien.<sup>47</sup> Neben der gewünschten, schnellen, positiven Wirkung auf die 3 Hauptsymptome der Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeit, gibt es auch Nebenwirkungen. Dazu zählt vor allem Appetitmangel und Gewichtsabnahme, eine der bekanntesten Nebenwirkung von Stimulanzien.<sup>48</sup> Es kann zu Übelkeit, Schlafstörungen, Schwindel und Ängste, Tics, Kopf-und Bauchschmerzen kommen. Diese können nach Absetzen des Präparates wieder verschwinden oder bedürfen einer genauen Einstellung der Dosis um ihr Auftreten zu vermeiden. Ein Kind kann schnell zu der Annahme kommen ohne Pillen funktioniere es nicht und wird so auch nicht von seinen Mitmenschen akzeptiert.<sup>49</sup> Zudem sind die eventuellen Spätfolgen zum Beispiel der Hirnentwicklung nur unzulänglich erforscht. Bei Versuchen mit Ritalin an Ratten konnte eine strukturelle Veränderung des Gehirns festgestellt werden. Vor allem in den Bereichen für die Steuerung von motivationalen Prozessen und des Sozialverhaltens bei Stress. Bei absetzen der Präparate würden die Symptome nach wie vor auftreten.<sup>50</sup> Die Neurowissenschaftler vom Weill Cornell Medical College in New York haben ihre Untersuchungsergebnisse im „Journal of Neuroscience“ veröffentlicht. Sie testeten ebenfalls an Ratten und fanden ähnliche Ergebnisse heraus, wie die Professorin für Neurowissenschaften Teresa Milner berichtet.<sup>51</sup> Neben Appetitlosigkeit, Einschlafstörungen, Hemmung des Längenwachstums nennt Dieter Mattner auch Reizbarkeit und depressive Verstimmungen bis hin zu psychotischen Anzeichen. Selten können auch Epilepsie oder TIC-Störungen auftreten. Im späteren Lebensalter spricht er sogar von möglichen parkinsonartigen Erkrankungen, dem „Parkinson Syndrom“. Mattner zitiert hier Bachmann (1983), Kinze, Tischler (1994) und Hüther und Bonney (2002) die sich bereits damit auseinander gesetzt haben. Sie stellen nicht die Wirksamkeit der Medikamente in Frage, doch aber ihre Gefährlichkeit im Hinblick auf eventuelle, irreparable Schäden und verharmloster Risiken seitens der Pharmaindustrie von Ärzten oder anderen Behandlern von AD(H)S.<sup>52</sup>

---

<sup>47</sup> vgl. Neuhaus 2007, S. 165-166

<sup>48</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 125

<sup>49</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 21

<sup>50</sup> vgl. Tenzer 2015 (Internetquelle)

<sup>51</sup> vgl. von der Weiden 2015 (Internetquelle)

<sup>52</sup> vgl. Mattner 2003, S. 61

## 2.2 Psychotherapie

Psychotherapie an sich ist ein breit gefächelter Begriff der in einiges an Variationen und Erweiterungen bereit hält. Als bekanntester Vertreter ist hier Sigmund Freud zu nennen. Er stellte als erster, einen Zusammenhang zwischen einem seelischen Konflikt und einer psychischen Erkrankung, sowie deren Behandlung her. Die Psychoanalyse als Methode wurde durch ihn erschaffen. Feste Prinzipien sind das der „frei schwebenden Aufmerksamkeit“ des Therapeuten, ein verbindlicher Ort und fixe Zeiten als Grundsätze übernommen werden. Andere Prinzipien, zum Beispiel das der völligen Abstinenz oder anders die Neutralität des Therapeuten sowie auch das Prinzip des freien Assoziierens des Patienten werden mehr oder weniger von Freunds Erben umgesetzt. Trotz großer Unterschiede zwischen den einzelnen Ansätzen haben alle Therapieformen eines gemein. Ein Therapeut befasst sich regelmäßig über einen Zeitraum, intensiv mit einem Patienten, ohne eine Eigennutz daraus zu ziehen. Ziel soll sein, einen ersten Heilungsanlass zu geben.<sup>53</sup>

### 2.2.1 Ein Einblick in die Psychotherapie bei Kindern

Kennzeichnende Grundprinzipien sind eine gleichbleibende Häufigkeit der Therapiestunden. In der Regel sollten es 2 Sitzungen, jeweils 50 Minuten in der Woche sein. Dies kann auch in anderen Ländern variieren oder vom Therapeuten und dessen Einstellung abhängig sein. Der Raum in dem die Therapiestunde stattfindet, sollte immer der gleiche sein und kann sehr unterschiedlich ausgestattet sein. Die elementare Aktivität in der Kindertherapie ist das Spiel, wobei der Therapeut selbst einschätzt wie viel Spielmaterial er benötigt. Wenig fördernd für eine wirksame Behandlung erscheint dabei ein Überangebot zu sein. Innerhalb der Patienten-Therapeuten-Beziehung ist der Umgang mit dem Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen am bedeutsamsten.<sup>54</sup> Vorab stellt sich die Frage ob der behandelnde Therapeut männlich oder weiblich sein sollte? Abhängig könnte dies davon sein, ob ein Elternteil alleinerziehend ist. Der fehlende Part könnte somit vom Therapeuten vertreten werden. Ein anderer Auswahlpunkt kann sein, mit welchem Elternteil die meisten Konflikte bezüglich der AD(H)S-Symptomatik des Kindes auftreten. Ist das der Vater, so wäre ein Mann als Therapeut zu empfehlen. Teil

---

<sup>53</sup> Vgl. Erner-Schwab 2005, S. 23-24

<sup>54</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 24-25



der Spannung wird das Kind im Laufe der Therapie dann auf diesen übertragen. Dies erleichtert ihm die Ermittlungsarbeit. Bei einem Vorgespräch muss die bekannte Chemie stimmen, dies gilt auch bei allen anderen Therapeuten und Behandlern. Vertrauen in denjenigen, dem das Kind anvertraut wird und bei dem es sich auch wohl fühlt. Allzu wählerisch darf man leider auch nicht sein, da das Angebot an Therapieplätzen doch sehr gering ist und mit langen Wartezeiten einher geht.<sup>55</sup> Da die Psychotherapie nicht nur für die AD(H)S-Symptomatik als Behandlung dient sondern auch für weitere Störungsbilder. Eine Therapie kann die Aufmerksamkeit auf das Kind lenken und es wird diese gerne annehmen. Oder aber, es kann sich auch gegen die Therapie aussprechen aus Angst den Vorteil und die damit verbundene Zuwendung, welche ihm durch die Symptomatik zukommt, dann zu verlieren. Zudem sollte das Kind die Therapie nicht als Sanktion auf sein Verhalten wahrnehmen.<sup>56</sup> Das erste Gespräch ist bedeutend für die weitere Zusammenarbeit. Hierbei sind alle Konstellationen möglich. Ob das Kind mit beiden Elternteilen oder/und Geschwistern beiwohnt oder völlig anders, entscheidet der Therapeut je nach Arbeitsweise oder nach den Informationen, aus einem vorangegangenen Telefonat. Erste Angaben zum Familienleben gilt es zu erfahren, um ein Bild von dieser skizzieren zu können. Häufig können hierbei schon Schwerpunkte für die Therapie festgehalten werden.<sup>57</sup> Im Fokus stehen die Auffälligkeiten des Kindes. Die Eltern dürfen sich dennoch den Ärger von der Seele reden der sich angestaut hat. Der Therapeut wird sicherlich nebenher weitere Beobachtungen machen. Dies könnte der vorherrschende Erziehungsstil sein, die Rollenverteilung innerhalb der Familie oder Streitpunkte die auffallen. Ein Ergründen der Familienstruktur und Ordnung in ihrer Funktion, kann helfen eine festgefahrene Maschinerie wieder in zu Gang bringen. Durch eine neue Strukturierung sind veränderte Reaktionsmuster möglich, so kann auch das Kind sich neu orientieren und Verhaltensweisen erarbeiten.<sup>58</sup> Ein Vorbereitungsgespräch sowie auch alle weiteren Termine erfordern Ruhe und Geduld. Dies setzt selbstverständlich voraus den Termin ohne Zeitdruck und Eile zu bewältigen.<sup>59</sup> Zur ersten Therapiestunde wird das Kind begleitet von einem Elternteil, um Vertrauen zu fassen darf dieser auch mit in den

---

<sup>55</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 26

<sup>56</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 29

<sup>57</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 36

<sup>58</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 36-37

<sup>59</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 30

Therapieraum. Das Kind kann sich umschauen und Fragen stellen. Als „Forschungsreise“ beschreibt Christiane Erner-Schwab die 2 jährige Therapie dem Kind.<sup>60</sup> Während der Psychotherapie bei Kindern werden beispielsweise Projektive Tests durchgeführt, darunter der Szeno-Test. Dieser wurde 1944 entwickelt. Bestehend aus einem Holzkasten mit Spielfiguren, die sich durch verschiedene Größe, Kleidung und Gesichtsausdrücke unterscheiden. Genannte Figuren können so unterschiedliche Stimmungen oder Einstellungen andeuten. Zusätzlich gibt es verschiedengroße Bausteine um eine Handlung zu umrahmen, Tiere, Bäume, mehrere Haushaltsgegenstände, eine Toilette, ein Liegestuhl und noch einiges mehr. Somit kann das Kind aus mehreren Bereichen seines Lebens kleine Ausschnitte darstellen. Auch Erlebnisse, Wünsche, Ängste und Bedürfnisse kann es so wiedergeben. Wenn die entstandene Szenerie fotografiert wird freut sich das Kind meist, fühlt sich geschätzt und angenommen in seiner Wichtigkeit. Der Therapeut fragt beispielsweise danach, welche Handlungen oder Eigenschaften die Figuren des Dargestellten haben. Hintergrund dessen ist, mehr über Kind und Familie zu erfahren. Dabei bleibt es bei den Interpretationen des Therapeuten, da anhand des Testes, keine belegbaren Ergebnisse festgehalten werden können. Allerdings können somit Schwerpunkte, Sichtweisen und Fragen für die weitere therapeutische Behandlung verfasst werden.<sup>61</sup> Es gibt noch weitere Tests die hier nur Erwähnung finden sollen wie, Familie in Tieren (FiT), Baumtest, Mensch-Test, Warteggtest, der bekannte Rorschach-Test, Schwarzfuß-Test (SF-Test) oder auch der Satzergänzungstests (SET).<sup>62</sup> Je jünger ein Kind, desto wichtiger sind begleitende Elterngespräche. Diese sollen klären, welche bisherigen Konflikte das Leben des Kindes begleitet haben und wie die Familie damit umgegangen ist. Wie die Rollenverteilung innerhalb der Familie gestellt ist und welche Verhaltens- und Beziehungsmuster entstanden sind. Wie geht jeder Einzelne dieses familiären Gefüges mit der AD(H)S-Symptomatik und dem Betroffenen um. Nicht nur das Verhältnis zu dem Kind und dem Umgang mit Ihm wird betrachtet. In der Elternarbeit können verdeckte Konflikte aufgedeckt werden. Auch hier wird Forschungsarbeit betrieben. Diese kann von Erfolg gekrönt sein, je offener die Eltern mitarbeiten bisher nicht gesehene Verkettungen zu ergründen. Desöfteren kann bei den Eltern der Wunsch

---

<sup>60</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 39-40

<sup>61</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 43

<sup>62</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 45-49

eine eigene Therapie durchzuführen, entstehen.<sup>63</sup> Geschwister können und sollten in den Therapieprozess mit eingebunden werden denn häufig treten Rivalitäten untereinander auf, die den Verhaltensauffälligkeiten des Patienten verschuldet sind.

### 2.2.2 Psychoedukation und Verhaltenstherapeutische Intervention

Bei der Psychoedukation soll der Betroffene hauptsächlich erlernen mit den Schwierigkeiten und dem seelischen Leid umzugehen. Angehörige und Betroffene sollen über ihre Störung aufgeklärt werden, sowie über mögliche Behandlungsmaßnahmen. Außerdem soll das eigenverantwortliche Handeln und Verständnis innerhalb des Konzeptes gefördert werden. Diese Methode dient zur Vermittlung von wesentlichen Informationen, Fertigkeiten sowie Bewältigungstaktiken und stützt sich dabei auf lerntheoretische und pädagogische Konzepte. Das psychoedukative Angebot ist grundsätzlich eine Ergänzung und erfolgt meist in Gruppen. In dieser werden Lernprogramme und Wissenswertes mit den Teilnehmern besprochen und angepasst. Durch Hausaufgaben und Feedbackrunden werden kurzfristige Ziele erreicht. Auf längere Sicht gesehen soll ein angemessener Konflikt- und Stressumgang erlernt werden, die Organisation des Alltages verbessert und Hilfen zum Lernen erfahren werden. Die Psychoedukation möchte einen verantwortungsbewussten Umgang mit Medikamenten und die Reduzierung von Rückfällen in unerwünschte Verhaltensweisen erreichen. Zudem soll sie Entspannung in Beziehungen fördern und erhalten. Im Grunde geht es um Aufklärungen über die Diagnose und auch Behandlungsprinzipien bei der Psychoedukation. Der Patient soll Kompetenzen erwerben die bei spezifischen Defiziten kompensatorisch angewandt werden und einen gesundheitsfördernden Lebensstil erlernen.<sup>64</sup> Diese Form zielt auf größere Kinder und Jugendliche ab. Die Umsetzung in den Alltag erfolgt durch Hilfe zur Selbsthilfe. Feste Bestandteile eines derartigen Programms sind Verhaltenstherapeutische Übungen und Problemlösungstraining. Es wird Eltern- und familienzentrierte Verfahren, Schulzentrierte Interventionen und Personenzentrierte Verfahren unterschieden.<sup>65</sup> Beim Verhaltenstraining sollen mit Hilfe eindeutiger Regeln, klarer Strukturen, präzisen Anweisungen und zweckdienlicher Organisation, die kleinen

---

<sup>63</sup> vgl. Erner-Schwab 2005, S. 54-55

<sup>64</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 131

<sup>65</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 132

Patienten zu erwünschtem Verhalten angeleitet werden. Lob und Belohnung oder aber auch Nichtbeachten und eindeutige, unangenehme Konsequenzen werden eingesetzt um schlechte Verhaltensweisen abzugewöhnen und neue anzutrainieren. Bei kleineren Kindern erfolgt dies Zuhause nach therapeutischer Anleitung durch die Eltern. Größere Kinder und Jugendliche halten die Verhaltenstherapie in Gruppen ab. Unterstützend kann es sein wenn auch die Erwachsenen ihr Verhalten ändern. Sie werden von daher oft mit in das Trainingsprogramm eingebunden. Wichtig für den Erfolg der Therapie ist, dass Eltern gegenüber ihren Kindern fair, beharrlich und konsequent auftreten. Somit bekommen AD(H)S-Kinder einen festen und engen Rahmen mit eindeutigen Regeln und Grenzen, die sich auf häusliche Abläufe, Tagespläne, Hilfen zur Selbstkontrolle und Bewältigung von Krisen beziehen, in Form eines Selbstmanagement. So können nicht nur die betroffenen Kinder lernen, sondern auch die Eltern erfahren mehr über ihr Kind und deren Besonderheiten. Nachteilig ist der enorme Zeitaufwand der entsteht, da mit dem Kind gearbeitet wird und gleichzeitig ein Austausch mit dem Therapeuten erfolgen soll. Kritisch wird angemerkt, dass individuelle Eigenheiten des Kindes durch die dressurartige Therapie verloren gehen können. Zudem kann das Kind auch unter der steten argwöhnischen Beobachtung leiden, sollte die Behandlung konsequent durchgeführt werden.<sup>66</sup> Hinzu kommen Verhaltenskontakte. Sie sind eine besondere verhaltenstherapeutische Anwendung und werden häufig als Vereinbarung zwischen Eltern und Betroffenen schriftlich festgehalten.<sup>67</sup> Kontrovers diskutiert wird Neurofeedback, trotz erheblicher zu verzeichnender Lerneffekte bei AD(H)S Kindern. Hierbei seien die Studien in ihrer Methodik anzweifelbar.<sup>68</sup>

## 2.3 Formen der Mototherapie

### 2.3.1 Sensorische Integrationstherapie (SI)

Jean Ayres eine amerikanische Ergotherapeutin und Psychologin entwickelte dieses therapeutische-Konzept auf neuro-physiologischer, neuropsychologischer Basis. Angewandt wird die Sensorische Integrationstherapie bereits im Säuglingsalter bis ins Jugendalter hinein.<sup>69</sup> Zum Beispiel bei Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung. SI ist

---

<sup>66</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 30-31

<sup>67</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 132

<sup>68</sup> vgl. Brandau/Kaschnitz 2013, S. 133

<sup>69</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

eine Zusatzausbildung in der Physiotherapie die zusätzlich zu der neurophysiologischen Therapie nach Bobath für Kinder verschrieben werden kann.<sup>70</sup> Was auch für den Verhandlungsverlauf am sinnvollsten ist und empfohlen wird. Allerdings wird SI nicht von der Krankenkasse übernommen sagen die Einen.<sup>71</sup> Andere Meinungen behaupten es sei in Verbindung mit Bobath auf der Verordnung stehend möglich.<sup>72</sup> Anwendung findet SI beispielsweise bei motorischer Unruhe, also dem ADHS.<sup>73</sup> Hierbei lässt sich die motorische Unruhe in zwei Gruppen unterteilen. Zum einen die motorische Unruhe, ausgelöst durch vestibuläre Unterempfindlichkeiten oder zum anderen durch taktile propriozeptive Überempfindlichkeiten.<sup>74</sup> Auch Kinder mit den verschiedensten sensomotorischen Beeinträchtigungen können mittels dieser Behandlung therapiert werden.<sup>75</sup> Bei motorischer Unruhe mit einer vestibulären Unterempfindlichkeit ist das vestibuläre System betroffen. Dieses System ist für die Bewegungswahrnehmung, insbesondere Beschleunigung, Verlangsamungen und die Bewegung mit oder gegen die Schwerkraft zuständig. Die Überwindung der Schwerkraft lernt ein Säugling bereits beim Kopf heben und ist Grundvoraussetzung für den späteren aufrechten Gang. Jede Veränderung der Position benötigt eine Anpassung der muskulären Arbeit um somit das Gleichgewicht und den Körper zu halten. Dies ist die Hauptaufgabe des vestibulären Systems.<sup>76</sup> Um eine Position zu erhalten, bekommt es zusätzliche Informationen größtenteils über das Auge. Somit können daraus Schlüsse über Raumgröße, Raumrichtung in einer Art Koordinatensystem geschlossen werden. Hierbei hilft das vestibuläre System zu unterscheiden von Raum und einem selbst und festigt das visuelle Bild. Durch das Zusammenspiel von Hals-, Augenmuskeln und dem vestibulären System, kann der Kopf auch bei Bewegungen ein stabiles Bild aufrecht erhalten. Ist das System gestört haben die Kinder verschwommene oder gedoppelte Bilder. Da die Augenmuskelkontrolle Teil des vestibulären Systems ist, stehen sie in Anhängigkeit zueinander. Ist das System gestört so werden auch die visuelle Wahrnehmung und die Auge-Hand-Koordination in ihrer Entwicklung gestört. Frühkindliche Reflexe die im

---

<sup>70</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 23

<sup>71</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>72</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 23

<sup>73</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>74</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 87

<sup>75</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>76</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 94

Normalfall bereits nach wenigen Monaten durch die Haltefunktionen überdeckt werden, können nicht abgebaut werden und behindern wiederum so die Entstehung der Haltefunktionen. Auch kann die Augenmuskelkontrolle ungünstig beeinflusst werden. Denn um etwas mit den Augen zu verfolgen oder im Blick zu behalten ist eine Kopfbewegung nötig. Diese stellt sich nicht ein, so lange noch tonische Reflexe beim Kind vorliegen. Die Entstehung von Halte und Stützmechanismen ist die Voraussetzung zur Augenkoordination. Zusätzlich können auch Wahrnehmungsstörungen auftreten die das Gehör betreffen. Da ein gemeinsam genutzter Gesichtsnerv eine Verbindung zwischen vestibulären System und dem Ohr schafft, können Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Geräuschen und der Verarbeitung auftreten. Selbst bei einem funktionsfähigen Gehör ist dies möglich und verzögert so auch die Sprachentwicklung (SEV) des Kindes und den Gleichgewichtssinn. Letztere Störung ist in der Steuerung der Bewegung sichtbar. Die Probleme tauchen auf beim Ermessen von Abständen und zeitigen Anhalten vor Hindernissen.<sup>77</sup> Diese Kinder können damit sprichwörtlich anecken und häufig erscheinen sie der Umwelt unkontrolliert zu sein. Die vestibulären Reize haben großen Einfluss auf den Hirnstamm und beeinflussen somit die Aufmerksamkeit im Zentralnervensystem mit. Zusätzlich benötigt das vestibuläre System ein entsprechendes Maß an Befriedigung für die bestmögliche Funktionsbereitstellung der Großhirnrinde. Diese Stimulation ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Durch Bewegungen im Alltag erfährt das System ausreichende vestibuläre Stimulation. Wobei unterempfindliche vestibuläre Kinder viel mehr an Stimulation benötigen und dadurch in ständiger Bewegung sind. Somit versuchen sie sich selbst zu stimulieren. Diese Eigenstimulation ist jedoch nicht zielgerichtet und orientiert zudem auch nicht ausreichend. Das Kind versucht dann die jeweiligen Reize immer weiter zu steigern. Folglich entstehen durch die Probleme Differenzen im Sozialverhalten, welche sie meist zeigen durch geringes Selbstbewusstsein, leichter Verletzbarkeit und einer niedrigen Frustrationsgrenze. Diese Kinder möchten erfolgreich und bedeutend sein, was wiederum nicht gelingt, so kommen oftmals Probleme in Kommunikation und Kontaktaufnahme hinzu.<sup>78</sup> Bei den Übungen für das Kind kommen die Geräte wie der Pezziball, das Rollbrett oder das Trampolin zum Einsatz. Die Übungen die darauf durchgeführt werden sollen eine strukturierte

---

<sup>77</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 94-95

<sup>78</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 96

Stimulation realisieren. Zu Beginn der Therapie wird sich an der motorischen Entwicklung eines Kleinkindes orientiert. Robben, ziehen und stützen sind dafür Übungen. Der Therapeut achtet währenddessen vornehmlich auf die Kopfkontrolle, einen physiologischen Handstütz und eine ausgewogene Haltung des Körpers. Erst wenn alle Schritte der Bewegung vom Kind beherrscht werden und das Kind diese auf eine andere Situation übertragen kann, wird eine neue Entwicklungsstufe betreten. Wichtig während der Therapie sind klare Strukturen und Übungsphasen sollten sich abwechseln mit Stimulationsphasen. Vor Behandlungsbeginn sollte ein klares Ziel benannt werden, welches auch erreichbar und überschaubar ist für das Kind. Voraussetzung für ein gutes Gelingen ist auch das üben Zuhause durch Hilfe der Eltern.<sup>79</sup> Bezüglich der motorischen Unruhe bei taktiler Überempfindlichkeit ist folgendes zu sagen: Über die Haut sammelt ein Neugeborenes erste Erfahrungen über seine Umwelt. Durch Berührungen, also taktile Wahrnehmungen, wird ihm Nähe und Sicherheit vermittelt von seinen Bezugspersonen wie Mutter oder Vater, die somit eine emotionale Beziehung zu dem Säugling errichten. Die Haut trägt durch Wahrnehmung dazu bei, die Umwelt und das Körpergefühl zu spüren, beziehungsweise zwischen beiden zu differenzieren. Außerdem unterstützt sie den Aufbau von gefühlvollen Beziehungen sowie einer adäquaten Kommunikation und Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld. Ist die Sensibilität eingeschränkt können Entwicklungsstörungen des Körperbildes auftreten. Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten können begründet werden durch Auffälligkeiten in der Lokalisation und in der Diskrimination. Diskrimination ist das Feststellen von Unterschieden. In unserer Haut wird in zwei Systeme unterschieden. Zum einen das Warn- und Schutzsystem und zum anderen das unterscheidende System oder das diskriminative System. Wobei das Schutzsystem in Verbindung mit dem Gehörsinn und dem Geruchssinn steht und uns vor Gefahren bewahren soll. Ein Beispiel wäre das reflexartige Wegziehen der Hand von einer heißen Herdplatte ohne willentlich zu Planen oder die Handlung zu Überdenken.<sup>80</sup> Das Schutzsystem wird jedoch von dem diskriminativen System überdeckt, damit so taktile Informationen genau geortet und unterschieden werden können. Die Differenzierung des Körpergefühls ist ebenfalls in Abhängigkeit von der Wahrnehmung. Diese kann genau unterscheiden, ob Reize von

---

<sup>79</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 106-107

<sup>80</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 88

außen ausgelöst werden oder körpereigene Informationen sind. Ob nun das Warn- und Schutzsystem zum Tragen kommt oder das diskriminative System ist unbewusst und wird, vom jeweiligen Reiz abhängig, eingeleitet. Verarbeitet wird die Wahrnehmung von Reizen von jedem Einzelnen auf seine eigene individuelle Art, deswegen ist es auch komplizierter über Empfindungen zu sprechen und diese zu werten. Häufig entstehen so Meinungsverschiedenheiten und Streit.<sup>81</sup> Es ist jedoch nicht das Fehlen von Reizen welches zur taktilen Wahrnehmungsstörung führt, sondern die fehlerhafte Hemmung taktiler Reize. Nun gibt es wieder zwei Gruppen der taktil empfindsamen Kinder, die eher Unauffälligen. Sie werden als sensibel und mitfühlend beschrieben, sie ziehen sich auch mal zurück und können sich auch gut alleine beschäftigen. Der anderen Gruppe, der taktil empfindsamen Kinder, gehören die sehr unruhigen und lebhaften mit geringer Ausdauer an. Sie werden beschrieben als launisch und aggressiv, oft ohne erkennbaren Grund. Eine enorme Sensibilitätsstörung kann den Verlust des Körpergefühls bedingen und somit Verhaltensauffälligkeiten fördern. Beispielsweise werden Berührungen vermieden oder der Blickkontakt, auch Schmerzunempfindlichkeit ist möglich oder Autoaggressionen werden als Eigenstimulation angewandt. Dieses Verhalten sollte als Fluchtversuch gedeutet werden, da diese Kinder Berührungen häufig stärker wahrnehmen, diese oftmals nicht orton oder die Art nicht erkennen können und treten somit Berührungsauslösern mit Abwehr gegenüber. Als bedrohlich kann für ein Kind schon empfunden werden wenn eine Person direkt auf es zukommt und anschaut. Motorische Unruhe, Schweigen und Wutausbrüche können Anzeichen sein für Fluchtreaktionen der betroffenen Kinder. Kennzeichnend für diese Kinder scheint, das sie nach den ausbrechenden Aggressionen keinen Grund dafür nennen können, weder wissen was soeben passiert ist. Zudem können durch neuronale Verknüpfungen weitere Wahrnehmungsbereiche überempfindlich sein.<sup>82</sup> Die Beobachtungen einer taktilen Überempfindlichkeit, werden anhand eines Tests der Sensorisch-Integrativen Motodiagnostik, kurz SIM festgelegt. Dieser ist nach den Entwicklungsphasen in vier große Bereiche, mit insgesamt dreiundzwanzig Aufgaben unterteilt. Grob gesagt geht es dabei um den taktilen Bereich, den vestibulären Bereich, der Körperorientierung und der Bewegungsplanung der sogenannten Praxie. Dadurch ist ein strukturiertes Beobachten

---

<sup>81</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 88

<sup>82</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 89



und Abklären von Störungen möglich und gleichzeitig wird aufgezeigt, wo angesetzt werden muss bei der Therapie. Verhaltensauffälligkeiten die abweichen von dem zu erwartenden Verhalten aufgrund sensomotorischer Störungen müssen differentialdiagnostisch neu bewertet werden durch einen Arzt.<sup>83</sup> Eine Übung als Beispiel, ist das Erkennen von Formen. Dabei werden dem Kind unterschiedliche Formen auf den Handrücken mit dem Finger gemalt. Es hat die Augen dabei geschlossen, nun soll es die Formen benennen oder auf Abbildungen zeigen. Für den Therapeut gilt, dass diese Aufgabe nicht oder kaum lösbar ist für Kinder mit einer taktilen Überempfindlichkeit auch wenn vorherige Übungen gut umgesetzt wurden. Abwehrreaktionen bleiben dabei nicht aus wenn sich das Kind bedrängt fühlt oder es dabei seine Belastungsgrenze erreicht, kann es sogar mit Aggression reagieren. Davon müssen die Therapeuten vorweg die Eltern in Kenntnis setzen um auf eventuelle Wutausbrüche vorbereitet zu sein. Auffällig bei betroffenen Kindern ist zudem eine geringe Feinmotorik, wenig Mimik und ein kleiner Umfang an Bewegungsmöglichkeiten-oder Mustern. Dadurch versuchen sie Lageveränderungen und Positionswechsel der Haltung zu vermeiden.<sup>84</sup> Entsprechend der jeweiligen Entwicklungsstufe des Gehirns, kann das Kind gezielt behandelt werden und die Behandlung dicht an der Entwicklungsstörung ansetzen. Deswegen ist es bereits schon im Säuglingsalter möglich, eine Therapie durchzuführen und somit besteht die Möglichkeit auf dem natürlichen Wege Entwicklungsdefizite auszugleichen.<sup>85</sup> Gefördert werden durch gezieltes Zuführen von dosierten Reizen, zum Beispiel, der Tastsinn, Berührungssinn und der Gleichgewichtssinn. Der Therapeut unterstützt das Kind bei der Wahrnehmung des Reizes, der dann weiter geleitet wird an das Gehirn und dort geordnet und gespeichert wird.<sup>86</sup> Dies nennt man dann „integriert“ bei Erfolg. Einige Experten haben festgestellt, dass bei ADHS-Kindern vorwiegend Reize, wie der des Spürsinn, des Gleichgewichts des Eigensinn und der Tiefenwahrnehmung über Zug und Druck, Schmerz oder Temperatur im Gehirn nicht ankommt und somit auch nicht verarbeitet wird.<sup>87</sup> Wie oben angesprochen, wird in der SI mit diesen Reizen gearbeitet und die

---

<sup>83</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 91-92

<sup>84</sup> vgl. Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun 1996, S. 93-94

<sup>85</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 22

<sup>86</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>87</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 22

Therapie durch Rücksprache mit der Mutter auf das Kind abgestimmt.<sup>88</sup> Diese findet dann, entweder in kleinen Gruppen oder bestenfalls in Einzeltherapie statt. Ausschlaggebend ist, dass das Kind größtenteils selbst entscheidet was es tun möchte. Um seine Urerfahrungen nachzuholen rutscht es, schaukelt, knetet oder matscht es, der Fantasie sind dabei fast keine Grenzen gesetzt.<sup>89</sup> Bei der SI sollte nicht nur ein Wahrnehmungssystem beteiligt sein, sondern mehrere. Durch das Anbieten von inneren und äußeren Reizen in der Therapie, wird das Nervensystem zunehmend mit „Futter“ versorgt. Diese Reize werden in sogenannten Regelkreisen verarbeitet und verwertet. Damit bilden sie die grundlegende Basis für die Integrationstherapie.<sup>90</sup> Im Gehirn entstehen neue Verknüpfungen des Nervenplexus, zudem vergrößert es seinen Erfahrungsspeicher. Damit kann das Kind wieder neue Erfahrungen sammeln und so entsteht eine sich dauernd vervollständigende Lernentwicklung. Nicht nur auf der motorischen Ebene, also der Sensomotorik, sondern auch die sprachliche, geistige und emotionale Entwicklung wird aktiviert.<sup>91</sup> Die Gabe auch auf vielschichtige Anforderungen zu reagieren wird bei den Kindern deutlich besser, die Konzentration steigt und der übermäßige Bewegungsdrang geht zurück. Am vielversprechendsten ist eine Integration von Sinneseindrücken, wenn das Kind von selbst einen bestimmten Reiz durch eine Tätigkeit einleitet. Da diese Form der Behandlung sehr kinderfreundlich ist, sind die meisten kleinen Patienten mit Spaß dabei. Außerdem wird es Eltern empfohlen den Therapiestunden beizuwohnen, um die Entwicklungen begleiten zu können und bei Schwierigkeiten davon umgehend zu erfahren, beziehungsweise mit dem Kind Zuhause zu üben. Wie bei vielen anderen Therapien, ist es schwierig einen Therapieplatz zu ergattern. Dies liegt zum einem daran, dass nur speziell ausgebildete Physiotherapeuten behandeln dürfen und nicht jeder über die Ausbildung verfügt, somit natürlich auch lange Wartelisten entstehen können.<sup>92</sup>

### 2.3.2 Psychomotorische Therapie

Ist eine Therapie zur Körper- und Bewegungserfahrung. Dabei ist das Ziel über diese Erlebnisse die Persönlichkeit des Kindes zu stärken und zu stabilisieren. Kann das Kind

---

<sup>88</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>89</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 22

<sup>90</sup> vgl. Bergerhoff 2015 (Internetquelle)

<sup>91</sup> vgl. Kull/Wiesbauer 2015 (Internetquelle)

<sup>92</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 22

motorische Störungen abbauen, so wird es auch in seinem Selbstvertrauen gestärkt, die Selbstheilungskräfte werden aktiviert und es erhält mehr Selbstbestimmtheit.<sup>93</sup> Durch den Mototherapeuten und Sportwissenschaftler Dr. Ernst Jonny Kiphard entsteht diese Art der Therapieform bereits 1955. Sie bietet Kindern ab 4 Jahren die Möglichkeit, an die Sensomotorische Integrationstherapie anzuschließen.<sup>94</sup> Anders, als zum Beispiel bei der Verhaltenstherapie, geht es hierbei um Bewegung und Spiel, als Ausdruck des Kindseins. Grundlage ist die Möglichkeit, aus seinem eigenen Handeln zu lernen und dafür auch Verantwortung zu tragen. Dies soll auf motorischer Ebene, auf sozial-emotionaler- und kognitiver Ebene geschehen. Das Spielen und Bewegen geht meist einher mit sich ausprobieren, testen von eigenen Kräften und Fertigkeiten. So können die Kinder Erfahrungen sammeln von Erfolg und Misserfolg. Je öfter diese Erfahrungen gemacht werden, desto eher erkennt das Kind, was seine Handlungen bewirken und welche Folgen sie nach sich ziehen. Das Selbstvertrauen kann wachsen. Allerdings gibt es diesen positiven Effekt nur bei ständiger Reflexion von Spiel und Bewegung des Kindes.<sup>95</sup> Denn auch Rückschläge durch Enttäuschungen und Fehlschläge sind möglich und bringen somit Selbstvertrauen in sich und seine Fähigkeiten in Gefahr. Der pädagogische und therapeutische Einfluss auf Spiel und Bewegung wird begünstigt, wenn festgelegte Grundbedingungen eingehalten werden.<sup>96</sup> Die folgenden vier Merkmale bestimmen die sinnhafte Gestaltung, den Aufbau sowie das Handeln des Therapeuten in der Psychomotorischen Therapie.<sup>97</sup> Zum einen die „individuelle Sinnggebung und Bedeutungsoffenheit“. In Rollenspielen kann das Kind Erlebnisse oder Vorstellungen aufarbeiten. Als Löwe, Polizist oder Superheld schlüpfen sie in eine Rolle und ahmen diese nicht nur nach, sondern identifizieren sich auch mit ihr. Gestik und körperliche Bewegung sind die Mittel zur Darstellung der Rolle. Zudem bietet es die Chance, Verhaltensweisen zu auszutesten die im normalen Alltag undenkbar scheinen.<sup>98</sup> Ein weiteres Merkmal ist die „Umkehrung üblicher Machtbeziehungen“. Gemeint ist hierbei das Austesten von Verhaltensmustern ohne schicksalhafte Folgen für das Kind, die im normalen Alltag die Konsequenz wären. Spielt es beispielsweise einen unbesiegbaren Drachen, kann so

---

<sup>93</sup> vgl. Zimmer, S. 35

<sup>94</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 24-25

<sup>95</sup> vgl. Zimmer, S. 35-36

<sup>96</sup> vgl. Zimmer, S. 37

<sup>97</sup> vgl. Zimmer, S. 39

<sup>98</sup> vgl. Zimmer, S. 37

Potenzial in ihm geweckt werden, wie etwa Durchsetzungskraft, welche er normalerweise nicht an den Tag legt. Durch das Durchspielen von angstbesetzten Umständen fällt es dem Kind leichter Aggressionen oder Spannungen abzubauen. Der Angst kann somit entgegen gewirkt werden und das Therapiekind erfährt Stabilisation der seelischen Verfassung.<sup>99</sup> Es folgt das Merkmal der „freien Entscheidung und dem freien Willen“. Spielen ist immer auf freiwilliger Basis, dies gibt dem Kind auch die sichere Kenntnis ernst genommen zu werden. Freiwillige Teilnahme und Selbstbestimmung über sich und ihr tun, welches nicht von Erwachsenen bestimmt wird, prägt die Therapie und fördert die Entwicklung des Kindes längerfristig. Im Spiel können Hindernisse leichter überwunden werden als im wirklichen Leben und Unzulänglichkeiten länger ertragen werden. Zudem proben sie mit Geduld an Fertigkeiten für ihr Spiel und das freiwillig. Hierbei hat sich das Kind dafür entschieden und es zu seiner eigenen Sache gemacht. „Selber machen“ ist das Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit von den Eltern. Durch wiederholtes üben der selbstbestimmten Bewegungsabläufe werden diese zunehmend verbessert.<sup>100</sup> Die letzte Eigenschaft ist die „Ambivalenz zur Spielsituation“. Je nachdem wie spannend ein Spiel gestaltet wird, steigt oder fällt auch die Teilnahmemotivation daran. Kinder finden es spannend, wenn das Ende noch offen ist und das Maß der Spannung mitbestimmen dürfen. Durch Ungewissheit ob die selbst gestellte Aufgabe oder ein Problem bewältigt werden kann, entsteht Aufregung oder Spannung. Dabei muss darauf geachtet werden den Bogen nicht zu sehr zu überspannen und das Kind nicht zu über- oder unterfordern. Das Spiel wird sonst uninteressant und abgebrochen. Der Schwierigkeitsgrad sollte genau abgestimmt sein, dies ist nicht so einfach in einer Gruppe mit unterschiedlichen Voraussetzungen des Einzelnen. Leichter wird es wenn das Bewegungsangebot verschiedene Möglichkeiten der Lösung bereitstellt.<sup>101</sup> Der Ursprung der Psychomotorischen Bewegung sieht vor, dass der Therapeut eine Spielumgebung vorbereitet in dem das Kind spontan handeln kann. In großen Räumen oder Hallen ist dies möglich. Der Raum beeinflusst nicht nur das Handeln des Menschen, sondern auch unterbewusst seine Stimmung und sein Verhalten. So kann ein Kind sich während der Psychomotorischen Therapie in enge oder kleine Räumlichkeiten zurückziehen. Das kann

---

<sup>99</sup> vgl. Zimmer, S. 37-38

<sup>100</sup> vgl. Zimmer, S. 38

<sup>101</sup> vgl. Zimmer 1996, S. 38-39

der Geräteraum der Turnhalle sein oder ein großes Rohr, da dieser Raum eine beschützende oder überschaubare Wirkung ausstrahlt. Eine entgegengesetzte Raumwahrnehmung löst ein Abenteuerspielplatz aus, selbst bei Erwachsenen suggeriert er Ausgelassenheit und Spaß.<sup>102</sup> Der Sportwissenschaftler Professor Dr. Klaus Miedzinik entwickelte an der Universität Hannover ein neueres Konzept. „Abenteuerspielplatz“ oder „Bewegungsbaustelle“ wie er es nennt. Hierbei gestalten die Kinder selbst den Spielraum. Zur Hilfe stehen ihnen dazu Schaumstoffmatten-und Blöcke, Holzelemente, Bretter, Rohre, Autoreifen, Rollbretter, Gurte und Seile, Strickleitern und Decken als Baumaterialien bereit.<sup>103</sup> Es sollen auch hier die Sinnesreize aktiviert werden um das Gehirn in seiner Entwicklung zu fördern. Die Übungen zielen auf das Training des Lage- und Haltesinns, sowie des Gleichgewichtsinns ab. Der ständige Bewegungsdrang des ADHS-Kindes soll ausgenutzt werden ohne abgeschaltet oder ausgebremsst zu werden. Sie sollen ihr Bewegungsglück erleben. Wie schon bei der Sensorischen Integrationstherapie beschrieben soll auch hier der Gleichgewichtssinn durch Bewegung angeregt und stimuliert werden. Solange dies nicht passiert, ist das Gehirn mit Reizen unterversorgt und träge. Die Wirkung laut Professor Dr. Ernst Jonny Kiphard ist ähnlich wie bei der medikamentösen Behandlung, die Hyperaktivität wird gesenkt und es erfolgt eine gesteigerte Wachheit sowie Aufmerksamkeit.<sup>104</sup> Die Psychomotorische Therapie sieht eine Förderung vor, in der das Kind sich selbst als Auslöser einer Handlung erlebt. Somit Misserfolg und Erfolg auf eine Handlung hin auch auf die eigene Person zurückführen kann. Das Kind ist angehalten sich mit eigenen Normen und Werten auseinanderzusetzen und diese auch im eigenen Verhalten widerzuspiegeln. Es lernt Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen und zu tragen. Zusätzlich werden Möglichkeiten mit dem Kind erarbeitet um störende Verhaltensweisen aus dem Weg zu gehen und neue Optionen anzunehmen.<sup>105</sup> Zu den vier Merkmalen die oben bereits Erwähnung fanden, kommen weitere vier Prinzipien hinzu. Diese sollen nur erwähnt werden da sie sich selbst erklären oder bereits beschrieben wurden. Als erster Grundsatz liegt die Entscheidung an der Therapieteilnahme beim Kind. Ergänzt wird der Punkt dadurch dass auch die Handlungsimpulse vom Kind ausgehen. Der Therapeut sollte ein Bewerten des kindlichen

---

<sup>102</sup> vgl. Wendler 1996, S. 45-46

<sup>103</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 24-25

<sup>104</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 24

<sup>105</sup> vgl. Zimmer 1996, S. 39-40

Handelns vermeiden und dessen Eigentätigkeit unterstützen. Die vierte und letzte Regel beinhaltet das Festlegen von Grenzen innerhalb der Therapie, um eindeutige Regeln und Vereinbarungen für die Gruppe herzustellen. Hilfreich sind im Vorfeld vereinbarte Rituale und Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Grenzen.<sup>106</sup> Wie bereits mehrfach erwähnt, findet auch diese Behandlung in einer Gruppe statt - so ist es den Kindern möglich gemeinsame Erfahrungen miteinander zu erlangen. Wichtig ist, dass darauf geachtet wird, dass die Kinder einer Gruppe, ähnliche körperliche und motorische Voraussetzungen mitbringen und gut miteinander harmonieren. Zudem sollte die Therapiegruppe möglichst klein gehalten werden, um auf jedes Kind eingehen zu können und einer Altersstufe angehören.<sup>107</sup> Angeboten wird diese Form der Behandlung meist in größeren Therapiezentren. Findet sich aber auch in Physiotherapiepraxen statt. Nach ärztlicher Verordnung kann die Behandlung vom speziell dafür ausgebildeten Krankengymnast oder Mototherapeut ausgeführt werden. Die Dauer dieser, liegt in etwa bei einem Jahr, in dem das Kind die Erfahrungen macht, so angenommen zu werden wie es ist. Es wird mit seinen Schwächen akzeptiert und sein nicht immer angemessenes, lautes Verhalten darf es ausleben, ohne Kritik dafür zu erhalten. Leider sind die Plätze auch nur begrenzt zur Verfügung, trotz großer Nachfrage, noch dazu mit weiten Anfahrtswegen verbunden. Eltern oder Erziehungsberechtigte sollten daran denken, nach der Therapie dem Kind ausreichend Ruhe zu schenken, da das Toben innerhalb der Behandlung sehr anstrengend sein kann. Abwägen von Nutzen und Aufwand ist hier ein guter Rat.<sup>108</sup>

## 2.4 Bewegungstherapie und Physiotherapie

Bei der Bewegungstherapie im Allgemeinen geht um Erhalt, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen des Bewegungs- und Nervensystems. Dabei finden auch die Funktionen des Kreislaufes, der Atmung und des Stoffwechsels Berücksichtigung. Zudem sind die Bewegungsabläufe gezielt, abgemessen und methodisch geplant.<sup>109</sup> Von Vorteil für den Behandlungsverlauf während der Bewegungstherapie und der physiotherapeutischen Behandlung im Allgemeinen, ist es wichtig eine Diagnostik der

---

<sup>106</sup> vgl. Zimmer 1996, S. 40-41

<sup>107</sup> vgl. Zimmer 1996, S. 33

<sup>108</sup> vgl. Murphy-Witt 2000, S. 25

<sup>109</sup> vgl. Conradi 1993, S. 16

motorischen Funktionen durchzuführen.<sup>110</sup> Nach einem Aufnahmegespräch mit den Eltern sollte sich das Kind selbständig für die anstehende, motorische Untersuchung bis auf den Slip entkleiden. Der Therapeut achtet jetzt schon darauf, ob es dabei Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht hat. Wie ist die Motorik und die Körperhaltung des Kindes während es sich auszieht? Setzt es sich dabei hin und wenn ja, wie? Nutzt es zum Entkleiden beide Hände? Führt das Kind während des Ausziehens verschiedene Positionswechsel aus? Oder bleibt es an derselben Stelle stehen beziehungsweise sitzen. Im Stand wird im Anschluss das Kind von vorne und auch hinten betrachtet und die Bewegungen von oben nach unten untersucht. Verglichen und ins Verhältnis gesetzt wird dabei die Haltung des Kopfes zum Schulterbereich und dem Oberkörper. Weiter geht es zu den Schultern. Hat das Kind nach vorne hängende Schultern oder straff nach hinten angespannte? Gibt es einen Schulterschiefstand. Besteht, während es geht, eine Rotationsbewegung im Schulterbereich und schwingt es dabei die Arme mit? Oder kommt die Bewegung nur aus dem Ellbogengelenk? Sind die Hände steif an der Hosennaht oder in Bewegung?<sup>111</sup> Der Blick geht weiter in Richtung Rücken. Auch hier wird auf Symmetrie geachtet oder gibt es Ungleichheiten. Wie groß ist die Rotation des Oberkörpers des Kindes, in beide Richtungen und wie wird die Bewegung ausgeführt? Ist sie fließend oder abgehackt und wirkt eher starr? Nun geht es in Richtung Füße. Dabei schaut man auf die Schrittlänge ist sie immer in gleichmäßigen Abständen oder unterschiedlich lang. Wie rollt das Kind den Fuß beim Auftreten ab. Hat es genügend Halt oder kommt es ins Schwanken, droht gar zu stürzen? Überstreckt es die Knie beim Gehen und wie hält es den Oberkörper dabei? Anschließend wird das Kind im Vierfüßlerstand, also auf allen Vieren beobachtet. Ist ein gerader Rücken zu sehen oder bestehen Dysbalancen zwischen Schultern und Becken. Wie ist die Muskulatur schlaff oder angespannt? Die Handstellung auf dem Boden und die Bewegungen im Kriechen werden mit angeschaut. Kann das Kind zudem auch auf Zuruf anhalten?<sup>112</sup> Die erwähnten Übungen wie Stand und Vierfüßlerstand sind auch steigerbar, in dem das Kind einen Widerstand ausgesetzt wird durch den Therapeuten. Das Kind sollte einen angemessenen Gegendruck erzeugen ohne dabei den Halt zu verlieren.<sup>113</sup> Eine weitere Bewegung die mit zur Diagnostik gehört ist

---

<sup>110</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 58

<sup>111</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 59-60

<sup>112</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 60

<sup>113</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 63

das Springen. Einmal aus dem Stand mit geschlossenen Beinen oder mehrfach hintereinander, zum Beispiel in einen, auf dem Boden liegenden Reifen. Kann sich das Kind dabei gut aufrecht halten oder fällt es eventuell? Stolpert es über einen Reifen oder rutscht es auf ihnen aus? Braucht es Hilfe? Wie ist während der Übung seine Ausdauer? Ähnliches gilt auch für das Stehen und den Sprung auf nur einem Bein. Wie ist das Gleichgewicht des Kindes? Springt es hin und her oder bleibt es standhaft. Sind Unterschiede zwischen rechtem und linken Bein auffällig? Eine Übung die oft Anwendung findet, ist das Fahren mit dem Rollbrett. Auf dem Bauch liegend kann sich das Kind dann flüssig bewegen oder muss es zaghaft fahren? Wie ist seine Körperhaltung dabei? Zu achten sind wieder auf Kopfhaltung, Rücken, Schultern und auch Hand und Fingerstellung während der Ausführung der Bewegungen. Wie sieht das Ganze aus wenn Hindernisse im Weg stehen und umfahren werden müssen? Das Gangbild auf einer Schnur oder schmaler Fläche wird ebenso festgehalten. Beobachtet wird, ob sich das Kind aufrecht halten kann ohne mit dem Oberkörper oder den Armen nach links und rechts zu pendeln.<sup>114</sup> Nun kommt der Ball zum Einsatz. Es wird mit einem leichten und einen etwas schweren Ball getestet wie die Motorik ist. Fängt es ihn sicher mit beiden Händen auf, oder drückt es ihn etwa beim Auffangen an den Körper und hat es währenddessen einen festen Stand? Kann es den Ball auch mit einer Hand fangen und werfen, ohne vollständiges Mitbewegen des Körpers? Muss es sich konzentrieren oder stark anstrengen für die Bewegungen. Ersichtlich wird dies zum Beispiel wenn es die Lippen aufeinander presst. Gibt es eine Lieblingsseite, bei der es ihm leichter fällt zu werfen oder zu fangen? Kann das Kind mit dem Therapeuten auch gemeinsam agieren und spielen? Die Mittelachse des Körpers gehört mit zu dem Beobachtungsaufgaben. So wird geschaut, ob das Kind aufrecht und gerade stehen kann ohne sich zu bewegen und dann auf eine Anweisung wie etwa: Leg die linke Hand über den Kopf auf das rechte Ohr, ausführen kann. Auch der Schneidersitz und das Gleichgewicht in der Position werden ausgetestet. Von der Seite bekommt das Kind Dinge gereicht. Bleibt es dabei im Gleichgewicht oder muss es sich mit der anderen freien Hand abstützen? Der Therapeut beobachtet auch Bewegung der Rotation im Oberkörper im Schneidersitz. Was ist hierbei auffällig? Nutzt das Therapiekind das volle Bewegungsmaß? Wie weit kommt es überhaupt und muss es sich eventuell abstützen

---

<sup>114</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 61



um Halt zu finden?<sup>115</sup> Ein weiteres Augenmerk wird auch auf die Feinmotorik des Kindes gelegt. Dazu setzt es sich an einen Tisch und bekommt seinem Alter entsprechend eine Aufgabe, wie ein Puzzle oder Legosteine zusammen bauen. Währenddessen achtet der Therapeut auf die Ausführungen des Kindes. Wie sitzt es auf dem Stuhl? Gerade oder schräg? Rückt es sich das Spielzeug gerade und schief zur Tischkante und liegt es mittig oder vorne an? Hat es eine stabile Handhaltung. Nutzt es beide Hände oder nur eine? Spannt es andere Körperteile an, wie zum Beispiel die Schultern hochziehen. Stützt das Kind seinen Kopf ab oder hält ihn schief, während des Lösen der Aufgabe? Ist es unruhig und steht sogar auf, kann es die Aufgabe beenden oder muss es sie abbrechen, weil es sich lieber bewegen möchte? Abschließend zur motorischen Untersuchung gilt zu sagen, dass man sich hierbei einen ersten Überblick über das Kind und seine Fähigkeiten verschafft. Hat das Kind eine gewisse Kontrolle über seinen Körper und seine Bewegungen? Wie groß ist die Ablenkbarkeit des Kindes und kann es den Anweisungen und gestellten Aufgaben folgen? Durch die Diagnostik besteht die Möglichkeit genauere Ziele zu formulieren, Defizite zu klären und auch Teilziele zu stecken. Zudem können Regeln und Bedingungen sowie auch der begrenzte Rahmen für eine Behandlung festgelegt werden. Der Therapeut kann das Kind schon mal näher kennenlernen und auch das Kind ihn.<sup>116</sup> Auch eine sensorische Untersuchung findet statt. Im Gespräch mit den Eltern werden Verhaltensweisen des Kindes im normalen Alltag erfragt. Daraus ist auch abzulesen, ob das Kind eher kontaktfreudig ist oder zurückhaltender. Während der motorischen Untersuchung konnte der Therapeut bereits feststellen, ob das Patientenkind Berührungen zulässt oder eher unangenehm findet, da er es dabei bereits berührt hat. Es folgen Untersuchungen bezüglich der Sensorik die mehr über das Kind verraten sollen. Dazu gehören der Tast-, Gehör- und Sehsinn, das bereits beschriebene Vestibularsystem und der Propriozeption.<sup>117</sup> Letzteres ist die Tiefensensibilität. Kleine Fühler der Muskeln, Sehnen und auch Gelenke geben an das Nervensystem zum Beispiel die Stellung der Gelenke, oder auch Bewegung des Körpers im Raum geben.<sup>118</sup> Beobachtet wird nun die Reaktion auf die Empfindungen die die Hautoberfläche zeigt bei leichtem Berühren oder anpusten. Was passiert wenn die Haut mit einer Handbürste

---

<sup>115</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 62

<sup>116</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 63

<sup>117</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 63-64

<sup>118</sup> vgl. Silbernagel/Despopoulos 2001, S.316

stimuliert wird? Kann das Kind dabei die Augen geschlossen halten? Die sensorischen Empfindungen werden zum Beispiel getestet durch zeitgleiches Berühren zweier Punkte auf der Haut. Kann das Kind dies auseinander halten? Oder das Ertasten und Erkennen von Gegenständen. Berücksichtigung findet auch die Reaktion auf eine Bewegung aus oder in der Höhe. Ist das Kind in der Lage von etwas herunter zu springen oder hat es Angst?<sup>119</sup> Bevor es mit der eigentlichen Therapie los geht, sollte auch das Raumgefühl analysiert werden. Mit offenen als auch mit geschlossenen Augen wird die Körperbeherrschung betrachtet. Wie sieht es mit der Orientierung aus? Dazu gehört auch das Ausführen von Aufgaben und Arbeiten des täglichen Lebens. Können gestellte Aufträge im Bezug auf die Räumlichkeiten brauchbar umgesetzt werden oder benötigt das Kind zusätzliche Hilfestellung und wie geht es mit der angebotenen Hilfe um? Auch das Verhalten während der Diagnostik sollte Berücksichtigung finden, hinsichtlich der Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind beziehungsweise zu dem Behandler. War es offen und teilnehmend, eher zurückgezogen oder leicht ablenkbar? Brauchte das Kind vielleicht eine Liebkosung? Am Ende der diagnostischen Untersuchung sollte der Therapeut aus seinen Beobachtungen und Vermerken schlussfolgern können, wie die Behandlung verlaufen solle und welche Maßnahmen für das jeweilige Kind erforderlich sind. Folgende Körperliche Merkmale bei Betroffenen werden von Physiotherapeuten beobachtet. Ad(H)S- Kinder können häufig nicht zwei Körperteile gemeinsam koordinieren und bewegen. Auch bei den Händen fehlt oftmals das gleichzeitige zusammen Agieren. In ihrer Entwicklung fällt auf, dass es sich erst spät zeigt ob sie Links oder Rechtshänder werden. Auch die Haltung und das Gleichgewicht sind nur mangelhaft und schlecht ausgeprägt bei betroffenen Kindern. Dies liegt auch zum Teil an der schwachen Muskulatur mit einer geringen Muskelspannung. Bei den Kindern fallen auch bei Gewichtsverlagerungen stoppende nicht gleichmäßige Bewegungen auf und sie besitzen wenig Stabilität. Auffallend sind auch die schlechte Koordination und ein gesenkter Widerstand des Körpers. Einige Kinder haben auch Probleme bei der Fokussierung mit den Augen.<sup>120</sup> Zudem ist bei ihnen eine verzerrte Körperachse zu finden, die ein Zusammenwirken beider Körperhälften behindert.<sup>121</sup> Behandlungsgrundlagen die

---

<sup>119</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 64

<sup>120</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 65

<sup>121</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 67

von einigen Physiotherapeuten empfohlen werden, sind die kontrollierte, körperliche Arbeit nach dem Bobath-Konzept welches auf neuro-physiologischer Grundlage basiert und auch die Propriozeptive-Neuromuskuläre-Fascilitation, kurz P.N.F.-Technik, kann zur Kräftigung und Stärkung der Muskulatur eingesetzt werden. Übungen aus der Sensorischen Integrationstherapie, die bereits schon beschrieben wurde sind ein Mittel. Zudem sollen Bewegungseinheiten zur Aktivierung sowie zum Verbessern der Ausdauer und Kontinuität in die Therapie eingebaut werden. Die Funktionalität beider Körperhälften muss geschult werden um eine gleichmäßige Symmetrie wieder herzustellen. Motorisches Lernen sollte ebenso Teil der Therapie sein sowie sanfte Massagetechniken.<sup>122</sup> Bei der Behandlung sollten verschiedene Übungen Anwendung finden die zum einen die Grobmotorik betreffen, die Feinmotorik und auch die Bewegung in Raum und Zeit. Abhängig ist die Therapie und deren Einteilung von der verordneten Zeit. Dabei können viele Geräte verwendet werden wie Bälle, Reifen, Rollbretter, Sprossenwand, Pezziball, Bänke oder andere Mittel wie Therapiieknete, Therabänder, Seile, Stifte, Papier, Pappe und noch vieles mehr. Dabei ist Einfallsreichtum und Fantasie gefragt. Nicht nur beim Therapiekind sondern auch bei Physiotherapeuten.<sup>123</sup> Ein Beispiel für eine solche Übung, in diesen Fall zum Körper-und Raumbewusstsein mit dem Training von verschiedenen Bewegungsebenen. Das Kind sitzt auf einem Pezziball. Anfangs ist es noch der Kleinste, später wird ein immer größerer Ball verwendet. Der Ball wird nun vom Krankengymnast in verschiedene Richtungen bewegt. Das Kind muss diese ausgleichen um wieder einen aufrechten Sitz auf dem Therapieball zu haben. Wenn der Ball zum Beispiel nach links gerollt wird muss das Kind den Körper zur rechten Seite neigen und in der Mitte gerade stellen um ausgleichen zu können. Beherrscht das Kind diese Übung, kann man sie nicht nur durch die Größe der Pezzibälle steigern, sondern auch Widerstände einbauen. In dem der Behandler den kleinen Patienten, mit der flachen Hand auf Rücken oder Brustkorb versucht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Auch von den Seiten am Oberarm, der Schulter, den Beinen und Knien kann dann vorsichtig ein Widerstand gesetzt werden, gegen den das Kind reagieren muss. Der Krankengymnast kann auch verschiedene Stärken des Drucks variieren. Dabei lernt das Kind wie viel Kraft es anwenden muss um dagegen anzukommen und bekommt zu dem ein Gefühl für

---

<sup>122</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 71

<sup>123</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 77

Richtung und Ebene.<sup>124</sup> Wichtig ist, dass dem Kind zugesprochen und aufgebaut wird, wenn es nicht so gut läuft. Eine liebevolle und mitfühlende Behandlung bringt beide Seiten ans Ziel und motiviert das Kind zudem.<sup>125</sup> Für den Alltag und für Zuhause werden für den grobmotorischen Bereich lange Spaziergänge und Wanderungen empfohlen. Anstatt mit dem Fahrstuhl zu fahren oder auf den Berg den Lift zu nehmen sollte der Aufstieg zu Fuß erfolgen. Gemeinsame Radtouren oder Paddeln und Schwimmen, Trampolin hüpfen, Seilspringen aber auch Hausarbeiten wie Fegen, Schneeschippen und Gartenarbeiten, beispielsweise das Hacken schulen ebenfalls die Grobmotorik. Zudem fördern viele der Aufgaben das Miteinander und die familiären Beziehungen. Die Feinmotorik kann durch verschiedenste handwerkliche Tätigkeiten geübt werden ohne dabei auf elektrische Geräte zurück zu greifen. Sägen, feilen, kneten und modellieren, häkeln und stricken, um nur Einiges an Beispielen zu nennen. Der Garten kommt auch nicht zu kurz beim Obstpflücken und Unkraut zupfen und ebenfalls wird die Feinmotorik geschult. Sportarten wie Reiten, Paartanz, Fechten, Bogenschießen, Segeln, Kinderyoga, Jonglieren und Balancieren erfordert Aufmerksamkeit und Konzentration, Haltung und auch Kraftdosierung. Wenn ein AD(H)S Kind sich dafür begeistern kann, dann sollte es nicht davon abgehalten werden. Außerdem unterstützt es auch seine soziale Integration und Empathie anderen gegenüber.<sup>126</sup>

#### 2.4.1 Aktuelle Studie an der TU-Dresden

Derzeit läuft an der TU-Dresden gefördert durch die Elise-Kröner-Frisenius-Stiftung eine Therapiestudie. Es geht dabei um das AD(H)S und ob es tatsächlich mit körperlicher Betätigung zu behandeln ist. Geschaut wird hierbei, ob die gezielte physiotherapeutische Behandlung nicht nur eine zeitweise Besserung verschafft, sondern ob auch eine Langzeitwirkung möglich ist. Bei der Studie wird auch auf eine multimodale Therapie Wert gelegt. Also neben Medikamenten, zusätzlich ein Eltern-Kind-Training und ein bewegungstherapeutisches Angebot für das betroffene Kind. Letzteres gilt allerdings immer noch als nicht genügend untersucht trotz Vielfältigkeit. Deswegen beschäftigen sich die Wissenschaftler der Medizinischen Fakultät schon länger mit solchen Angeboten.

---

<sup>124</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 80

<sup>125</sup> vgl. Naor-Yahel 1996, S. 82

<sup>126</sup> vgl. Prekop/Schweizer 1993, S. 198

Die Psychologin Sina Wanderer, die das Projekt begleitet spricht sich dafür aus, dass auf Physiotherapie als Begleittherapie nicht verzichtet werden sollte.<sup>127</sup> Sie sagt: „Wenn neben der ADHS auch noch motorische Beeinträchtigungen vorliegen, dann wäre es sehr gut, könnten alle Kinder eine Bewegungstherapie bekommen.“<sup>128</sup> Ihre Begründung dafür ist, sie möchte eventuellen Stigmatisierungen oder Ausgrenzungen der Kinder entgegenwirken. Da diese bereits im Grundschulalter im Schulsport schon zu kämpfen haben. Und wenn neben der Impulsivität und Hyperaktivität, die wie zuvor öfter erwähnten, motorischen Schwierigkeiten dann hinzu kommen, geraten sie ganz schnell ins Abseits und werden zum Außenseiter. Der Physiotherapeut der diese Studie mit unterstützt berichtet von genau zugeschnittenen Übungen die mit Atemübungen einhergehen und eine kindgerechte und spielerische Gestaltung durch Parcours umsetzt. So erschaffen sie kleine Welten für die Kinder, eine Burg, den Dschungel oder im Raumschiff durch das All fliegen. Auch er achtet auf den Muskeltonus der Kinder, die meist eher gestreckte Glieder als Gebeugte haben. Das führt zu einer abgeschwächten vorderen Rumpfmuskulatur im Vergleich zum Rücken. Diese sind durch krabbeln und Übungen im Stütz auf dem Boden trainierbar. Deshalb werden solcher Bewegungen auf dem Boden ausgeführt, damit die Grundmuskulatur gefördert wird. Er konnte dabei schon gut Erfolge bei den Kindern verzeichnen. Dennoch fehlen noch immer wissenschaftlich anerkannte Daten, die die langfristige Wirkung dieser zeitaufwändigen Therapie befürworten. Die Psychologin Sina Wanderer möchte mit ihrem Team den Weg für eine Neuerung in der multimodale ADHS–Behandlung ebnen und hofft, dass in einigen Fällen eventuell ganz auf Medikamente verzichtet werden kann. Trotz noch nicht genügender Daten, können nach einem halben Jahr schon Erfolge in der Motorik der Kinder beobachtet werden und auch die Familien geben eine gute Rückinformation.<sup>129</sup>

„Bei Interesse können sich die Familien an die Forschungscoordination unter 0351 – 458 7168 oder [KJPForschung@uniklinikum-dresden.de](mailto:KJPForschung@uniklinikum-dresden.de) wenden. An der Bewegungstherapie können Kinder im Alter von acht bis 14 Jahren mit ADS bzw. ADHS und motorischen Schwierigkeiten teilnehmen. Die Bewegungstherapie erfolgt über acht Wochen zweimal pro Woche für 45 Minuten.“<sup>130</sup>

---

<sup>127</sup> vgl. Kästner 2015 (Internetquelle)

<sup>128</sup> Kästner 2015 (Internetquelle)

<sup>129</sup> vgl. Kästner 2015 (Internetquelle)

<sup>130</sup> Kästner 2015 (Internetquelle)

### 3. Eigene Erfahrungen und Fazit

Sport und auch Bewegungstherapie gewinnt immer mehr an Bedeutung in unserer Gesellschaft. Bei regelmäßiger sportlicher Betätigung führt er nicht nur zu physischer Verbesserung, sondern auch zu psychischer, organischer und sozialer Verbesserung der Umstände. So sollte Gesundheit nicht nur das große Ziel sein, sondern vielmehr eine Voraussetzung für den Alltag und das tägliche Leben sein.<sup>131</sup> Leider lässt sich das nicht immer so umsetzen im Umgang mit AD(H)S-Kindern. Aus eigenen Erfahrungen, die ich als Physiotherapeutin im Kontakt mit betroffenen Kindern sammeln durfte, weiss ich dass nicht jeder Tag gleich ist. Gerade hat es sich noch so auf die Therapiestunde gefreut und im nächsten Moment hat das Kind keine Lust mehr, weil der Lieblingspfleger heute nicht mit dabei sein kann, es nicht das Pferd in der Hippotherapie bekommen, wie sonst oder aus irgend einem anderen Grund die Laune plötzlich schlecht ist. Die Frustrationsgrenze ist nicht sehr hoch bei den Kindern. Durch Spiele wie etwa Mikado, Skip bo, Halli Galli, Memory oder Mensch ärgere dich nicht, ist diese trainierbar. Es gibt einen Gewinner und auch Verlierer. Gleichzeitig schult es die Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer der Kinder. Dies kann auch gut Zuhause umgesetzt werden. Mütter berichteten mir jedoch auch, dass selbst im Kindergarten die Auffälligkeiten durch Erzieher argwöhnisch beobachtet wurden. Anstatt das Kind angemessen zu fordern und zu fördern und den Eltern als Ansprechpartner hilfreich zur Seite zu stehen. Wurde den Muttis nahegelegt eine Untersuchung bezüglich AD(H)S des Kindes durchzuführen. Der Verdacht wurde bestätigt und die Kinder wurden daraufhin angehalten die Kindergartengruppe zu verlassen. Wie soll ein Kind so Selbstvertrauen lernen und selbstbewusst werden, wenn nicht einmal die Tante aus dem Kindergarten ihm gutgesonnen ist? Die Frage die sich mir stellt: Ist es nicht die Gesellschaft, die es den Kindern auch so schwer macht anzukommen und reinzupassen in die hausgemachten Schubladen? Ist es so schwierig sich auch individuell auf ein betroffenes Kind einzustellen und in der Gemeinschaft zu akzeptieren und zu integrieren? Kinder die zu mir mit der Diagnose ADHS in die Behandlung kamen, hatten häufig eine hohe Grundspannung in der Muskulatur. Während die Träumerchen mit dem ADS eher einen abgeschwächten Muskeltonus haben. Um gemeinsam arbeiten zu können, habe ich die Kinder anfangs erst mal eine abgesprochene Zeit spielen oder toben lassen. Es folgte eine Einheit aus den verschiedensten Übungen und Dehnungen

---

<sup>131</sup> vgl. Conradi 1993, S.98-99

immer im Hinblick auf ihre motorischen Defizite und Schwachstellen. Dabei haben Parcours einen großen Reiz auf die Kinder, sie machen Spass und fordern sie heraus. Die im Teil 2.4 ausführliche Diagnostik, geht leider durch Zeitmangel oft schneller von Statten. Die Kinder werden aber nicht nur sportlich und körperlich gefordert. Viele gute Erfahrungen konnte ich bei der Wahrnehmungsschulung mit den Kindern sammeln. Unebene Untergründe kombiniert mit kleinen Aufgaben zum Gleichgewicht und zur Koordination machten nicht nur Spaß, sondern brachte auch hinsichtlich der Haltung und der Koordinationsschwäche Erfolge. Dies ist sehr gut umsetzbar im Freien und können mit Untergründen aus Mulchrinde, langem Gras, weicher, lockerer Boden, Heu oder Stroh gut umgesetzt werden. Aufgabe dabei kann dann beispielsweise sein, die Fußspitze erst auf zu tippen bevor der ganze Fuß abgesetzt wird. Oder wie ein Storch im Salat zu gehen. Jedoch auch die Traumreise als Entspannung, kann ebenso hilfreich sein oder eine Therapieeinheit im Snoezelraum. Beim Snoezelen geht es um Sinneserfahrungen, auch auf emotionaler, kognitiver und taktiler Ebene. Körperkontakt, Gefühle und Wahrnehmungen spielen hierbei eine große Rolle. Wichtig ist dabei immer zu schauen was ist heute und aktuell mit dem kleinen Patienten möglich und was nicht. Kein Kind sollte zur Therapiestunde gezwungen werden. Im Allgemeinen haben die ADHS Kinder Freude an spielerischen Bewegungen, deswegen sollte ihnen ihr Drang danach nicht verwehrt werden. Bei den motorischen Ausführungen muss allerdings manchmal Hilfestellung geleistet werden oder korrigiert werden. Damit die Bewegungen keine späteren Fehlhaltungen und Fehlstellungen begünstigen. Die meisten der Kinder werden zusätzlich durch Medikamente gestützt. Ich bin der Ansicht, so lange das Kind sich selbst gut regulieren kann und nicht unter den Symptomen leidet, kann eine niedrige Dosierung unterstützen oder aber auch auf Medikamente verzichtet werden. Es geht nicht darum, das Kind ruhig zu stellen, gesellschaftsfähiger zu machen oder einfach für die Klasse oder Gruppe gefügig zu machen. Das AD(H)S Kind sollte immer noch es selbst bleiben dürfen. Fast jeder kennt den Struwwelpeter von Heinrich Hoffman in dem schwierige Kinder beschrieben wurden und das bereits um 1850. Oder wer erinnert sich nicht an den Klassenclown oder die Traumsuse die ständig aus dem Fenster geschaut hat während des Unterrichts? Es gab immer schon auffällige Kinder, die meistens ohne therapeutische Maßnahmen auskommen mussten. Jedoch gab es einfach auch mehr Strukturen und Regeln die eingehalten werden mussten zu anderen Zeiten. Kinder brauchen feste

Strukturen und Organisation im Alltag und AD(H)S- Betroffene noch mehr. Es bietet sich also an wenn das Kind Spass am Sport hat, eine strukturierte Sportart zu suchen. Wie zum Beispiel Judo, Karate oder Taekwondo, Ballett und Standardtanz oder Eiskunstlauf. Auch komplexere Sportarten die Gehirn und Körper ansprechen haben eine positive Wirkung auf Leistung und Verhalten. Wie etwa beim Skateboard fahren, klettern oder surfen. Um so der Hyperaktivität herr zu werden, die Impulsivität zu dämpfen und auch die Konzentrationsfähigkeit zu steigern, machen sie doch gemeinsam mit ihrem Kind oder der ganzen Familie Sport und begeistern sich und alle anderen dafür. Sport in Vereinen kann auch eine Möglichkeit sein in Kontakt mit anderen Menschen zu kommen und so soziale Schwächen des Kindes zu stärken, neben der motorischen Aktion auch ein gemeinsames Gruppenerleben zu haben. Dies wiederum fördert auch das Selbstwertgefühl des Kindes und das Vertrauen in sich und seine Fähigkeiten. Sollte ihr Kind gefallen am Tanz finden gibt es auch hier eine Möglichkeit der Therapie. Die Tanztherapie ist ein Zusammenspiel aus der Psychoanalyse und der tänzerischen Bewegung. Der Patient spricht mit Hilfe seines Körpers und kann so innere Konflikte äußern. Oftmals scheinen Menschen leichter erreichbar mittels dieser Methode. Gerne hätte ich mehr berichtet über die aktuelle Studie an der TU-Dresden. Nach mehrmaliger versuchter Kontaktaufnahme via Telefon und E-Mail ist man mir leider doch lieber aus dem Weg gegangen. Die Aussage einer Mitarbeiterin laute in etwa: Sie seien noch nicht so weit Ergebnisse auszutauschen oder an die Öffentlichkeit weiter zu geben. Prinzipiell spreche ich mich für eine geringe medikamentöse Behandlung aus, die bestenfalls ganz ersetzt werden kann durch Sport und bewegungstherapeutische Maßnahmen. Dabei darf eine gute Begleitung und Aufklärung von Familie, betroffenen Kindern und Personen im Umgang mit dem AD(H)S-Kind nicht fehlen. Ich freue mich dass dies ein Teil meiner zukünftigen Arbeit sein wird und somit einen kleinen Beitrag dazu leisten kann.



#### 4. Quellenangaben

Brandau, Hannes/Kaschnitz, Wolfgang: ADHS im Jugendalter. Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit. Weinheim u.a. 2013.

Conradi, Eberhard: Grundsätzliches. In: Conradi, Eberhard/Brenke, Rainer (Hrsg.): Bewegungstherapie. Grundlagen, Ergebnisse, Trends. Berlin 1993, S. 16-20

Conradi, Eberhard/Brenke, Rainer (Hrsg.): Bewegungstherapie. Grundlagen, Ergebnisse, Trends. Berlin 1993.

Doering, Waltraut: Altes und Neues vom Zappelphilipp. Ein Interview mit dem Hirnforscher Gerald Hüther. In: Doering, Waltraut/Doering, Winfried (Hrsg.): das andere ADS-Buch. Blickwinkel und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Bremen 2003, S. 12-26

Gerspach, Manfred: Hyperaktivität aus Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: Passolt, Michael (Hrsg.): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München u.a. 2001, S. 50-79

Erner-Schwab, Christiane: Psychotherapie für Kinder. Ein Leitfaden für Eltern und andere Erziehende. Zürich 2005.

Franke, Andreas: Skript zu Sucht II. Stimulanzen. Neubrandenburg 2015.

Hauch, Gitta: Von einer, die auszog, vom Chaos zu lernen. Lebensgeschichten verstehen- Der Beginn heilender Therapie. In: Doering, Waltraut/Doering, Winfried (Hrsg.): das andere ADS-Buch. Blickwinkel und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Bremen 2003, S. 134-159

Hottinger, Cornelia/Kesper, Gudrun: Ein Konzept der Förderung motorisch unruhiger Kinder nach dem Prinzip der Sensorischen Integration. In: Passolt, Michael (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern. München 1996, S. 85-109

Krebs, Wolfgang: Traumhaft entspannt. Mit märchenhaften NLP Kindern zu Ruhe und Konzentration verhelfen. Paderborn 2003.

Mattner, Dieter: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)-eine ernsthafte Erkrankung oder die Pathologisierung von sozial unerwünschten Verhalten?. In: Doering, Waltraut/Doering, Winfried (Hrsg.): das andere ADS-Buch. Blickwinkel und Perspektiven zum Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Bremen 2003, S. 35-69

Murphy-Witt, Monika: Wie Zappelkinder ruhig werden. Spielerische Förderung für unruhige und hyperaktive Kinder. Freiburg im Breisgau 2003.

Neuhaus, Cordula: ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Symptome, Ursachen, Diagnosen und Behandlungen. Stuttgart 2007.

Naor-Yahel, Shlomit: Diagnose und physiotherapeutische Behandlung. In: Passolt, Michael (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern. München 1996, S. 57-84

Passolt, Michael: Hyperaktivität- zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. In: Passolt, Michael (Hrsg.): Vorwort. München u.a. 2001, S. 7-12 Prekop, Jirina/Schweizer, Christel: Unruhige Kinder. Ein Ratgeber für beunruhigte Eltern. München 1993.

Silbernagel, Stefan/Despopoulos, Argamemnon: Taschenatlas der Physiologie. Stuttgart u.a. 2001.

#### 4.1 Internetquellen

Bergerhoff, Tobias: Sensorische Integration. URL: <http://www.therapiefuerkinder.de/index.php?id=16> [Stand 20.07.2015/2001]

Hüther, Gerald: ADHS-Abschied vom alten neurobiologischen Modell. URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2005/17/ADHS-Abschied-vom-alten-neurobiologischen-Modell.pdf> [Stand 20.07.2015/2005]

Kästner, Konrad: Bewegung statt Medikamente für ADHS Patienten. URL: [http://tu-dresden.de/die\\_tu\\_dresden/fakultaeten/medizinische\\_fakultaet/news/news-20141202-adhs-studie](http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/medizinische_fakultaet/news/news-20141202-adhs-studie) [Stand 27.07.2015/2014]

Kull, Kristiane/Wiesbauer, Carola: Was ist Sensorische Integration?. URL: <http://www.gsid.de> [Stand 20.07.2015]

Tenzer, Eva: Psychologie Heute. ADS ist die Folge veränderter sozialer Erfahrungen in modernen Gesellschaften. URL: <http://www.gerald-huether.de/populaer/veroeffentlichungen-von-gerald-huether/zeitschriften/psychologie-heute-interview-gerald-huether/index.php> [Stand 12.07.2015/2010]

von der Weiden, Silvia: schädigt Ritalin das menschliche Gehirn?. URL: <http://www.welt.de/wissenschaft/article1085271/schaedigt-ritalin-das-menschliche-gehirn.html> [Stand 15.07.2015/2007]

#### 4.2 Weitere Lektüre zur Informationssammlung

Becker-Brüser, W.: Nebenwirkungen. Parkinson-Syndrom als Langzeitfolge von Methylphenidat (Ritalin u.a.)?. URL: [http://www.arznei-telegramm.de/html/2002-01/0201016\\_01.html](http://www.arznei-telegramm.de/html/2002-01/0201016_01.html) [Stand 15.7.2015/11.01.2002]

Beckmann, Franziska: Hat Ritalin Spätfolgen?. Ein Göttinger Forscher vermutet, dass das Medikament gegen Hyperaktivität das Parkinsonrisiko erhöht. Seine These ist umstritten. URL: <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/ein-goettinger-forscher-vermutet--dass-das-medikament-gegen-hyperaktivitaet-das-parkinsonrisiko-erhoeht--seine-these-ist-umstritten-hat-ritalin-spaetfolgen-,10810590,9991616.html> [Stand 15.07.2015/23.04.2002]

Karch, D./Groß-Sebeck, G./ Pietz, J./Schlack, H.G.: Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres. URL:  
[http://www.neuropaediatric.com/uploads/media/Sensorische\\_Integrations\\_lang\\_01.pdf](http://www.neuropaediatric.com/uploads/media/Sensorische_Integrations_lang_01.pdf)

Fuchs, Reinhard: Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen u.a. 2003.

Janssen, Jan/ Hahn, Erwin/Strang, Hanno (Hrsg.): Konzentration und Leistung. Göttingen 1991.

Siegel, V. Elaine/Trautmann-Voigt, Sabine/ Voigt, Bernd (Hrsg.): Tanz-und Bewegungstherapie. In Theorie und Praxis. Frankfurt am Main 1997.

Ratey, R. John/ Hagerman, Eric (Hrsg.): Aufmerksamkeitsdefizit. Der Ablenkung davonlaufen. In: Ratey, R. John/ Hagerman, Eric (Hrsg.): Superfaktor Bewegung. Kirchzarten 2009.

### Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Melanie Schmock