

Veröffentlichung in "**Integrative Bewegungstherapie**" Zeitschrift für IBT für Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz; Nr 1/2008, 16.Jahrgang
ISSN 1437-2304

Integrative Bewegungs- und Spieltherapie mit einem ADHS- Kind

Elisabeth Neimeke, Tett nang

1 Einleitung

Im Folgenden möchte ich den Therapieverlauf von einem 8-jährigen Jungen mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS s.ICD-10 F 90.00) beschreiben. Auf die theoretischen Hintergründe von ADHS gehe ich nicht näher ein. Wichtige Aspekte von ADHS sind die mangelnde Impulsteuerkontrolle und Hypermotorik, was sich meist in aggressivem, unangepasstem Verhalten äußert. Die Behandlung bei Tim (Name geändert) bestand aus einer Kombination der reichhaltigen Möglichkeiten der Integrativen Bewegungstherapie/ Psychomotorik und der Spieltherapie.

2 Zur Vorgeschichte

Die Eltern berichten, dass die Schwangerschaft mit Tim durch vorzeitigen Weheneinsatz problematisch gewesen sei, mit O₂-Mangel während der Geburt. Schon als Kleinkind sei Tim auffällig im Spielverhalten und in der Sprachentwicklung gewesen. Motorisch sei er unruhig und impulsiv gewesen, habe viel geschrien. Nach der Geburt der Schwester (1,5 Jahre) habe das laute Schreien und sein destruktives Verhalten zugenommen. Mit 3 Jahren sei zum 1. Mal ADHS vermutet worden, mit 3,5 Jahren habe er „Ritalin“ bekommen. Wegen Tims starker Veränderung, hätten die Eltern das Medikament wieder abgesetzt. Im Kindergarten sei er durch sein negatives Sozialverhalten aufgefallen. Er störte das Spiel und zerstörte das Spielmaterial von anderen Kindern, hatte keine Freunde. Auch heute noch sei das Essverhalten maßlos, er stopfe gierig in sich hinein, verhielte sich oppositionell zur „Esskultur“ der Eltern. Bei Überforderung reagiere er extrem aggressiv. Bis zur Einschulung wären verschiedene Behandlungsmaßnahmen erfolgt: Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie, VT und Spieltherapie für Mutter und Kind, erneute Medikation mit „Ritalin“ bis heute. Das 1. Schuljahr wäre „einigermaßen normal“ verlaufen.

3 Therapieverlauf

Im Zeitraum von einem guten Jahr fanden etwa 20 Beratungsstunden mit den Eltern, bzw. mit der Mutter alleine statt. Sie brauchte häufiger Unterstützung, weil sie die Hauptlast der Erziehung trug. Tim nahm an etwa 30 Therapiestunden teil.

3.1 Erstkontakt

Die Eltern von Tim stellen sich in meiner Praxis vor, da sich der Alltag mit Tim durch seine zahlreichen Verhaltensprobleme und seine auffällige motorische Unruhe zu Hause und in der Schule als zunehmend äußerst schwierig gestaltet.

Tim besucht die 2.Klasse einer Grundschule. Oft zerreiße er Bücher von anderen Kindern und prägele sich auffällig oft. Für die Hausaufgaben brauche er meist 2-3 Stunden trotz Hilfe der Mutter. Oft eskaliere die Zusammenarbeit in gegenseitigem lautem Anschreien. Tim gerate dabei oft in ein hohes Erregungsniveau, benutze Schimpfwörter vor allem aus dem Fäkal- und Sexualbereich, was ein weiteres Fortsetzen der Hausaufgaben unmöglich mache. Ein Sonderschulverfahren (SSV) sei von der Lehrerin vorgeschlagen worden wegen Überforderung, Leistungseinschränkungen und sozialen Auffälligkeiten. Zurzeit nimmt er 4,5 Tabletten „Ritalin“ täglich.

Die Geschwisterrivalität zur 1 1/2 Jahre jüngeren Schwester sei extrem, oft zerstöre er ihre Sachen und Spiele. Leistungsmäßig sei sie ihm trotz jüngeren Alters überlegen. Für seine „Ausbrüche“ hätten die Eltern mit Tim eine Abmachung vereinbart, er gehe zum Abreagieren entweder auf sein Zimmer oder auf´s „Stille Örtchen“.

Tim`s Selbstwertgefühl sei „im Keller“. Er traue sich immer weniger zu. Oft sei er verzweifelt und traurig, weil keiner mit ihm spielen wolle.

Beide Eltern wirken erschöpft und verzweifelt. Der Vater ist selbstständig, oft außer Haus. Die Mutter fühlt sich oft allein gelassen und überfordert. Die Großeltern mütterlicherseits unterstützen häufig, sind aber mit Tim auch manchmal überfordert. Kontakte zu Freunden sind, bis auf eine Ausnahme, nicht mehr vorhanden.

Die Mutter hatte mich bei einem Vortrag, den ich über ADHS-Kinder gehalten hatte, kennen gelernt. Die Eltern möchten einen erneuten Therapieversuch beginnen und die Medikation einstellen bzw. verringern, wegen häufigem apathischem Verhalten und Schlafstörungen bei Tim. Mein Therapievorschlag, eine Kombination von Elternarbeit und Bewegungs- und Spieltherapie mit Tim durchzuführen, spricht die Eltern an.

3.2 Elterngespräche

Es folgen vier eher ressourcenorientierte Elterngespräche, bei denen es um die Stärken jedes Einzelnen und um Stärken der Familie geht. Es fällt beiden Partnern sehr schwer, Stärken zu finden. Zu sehr sind sie in die so genannte „Negativspirale“ von Versagen bei sich selber und bei Tim eingebunden. Eine besonders schwierige Aufgabe ist für sie, ca. 2 Wochen lang Tim's „Negativgebaren“ nicht zu kommentieren und nur das Gelungene zu benennen. Teilweise schaffen sie es, was zu einem etwas friedlicheren Umgang miteinander führt. In den weiteren Stunden erarbeite ich mit den Eltern einen Strukturplan, der zunächst mit positiven Terminen belegt ist. Er soll Tim mehr Halt und Orientierung geben und später mit Aufgaben ergänzt werden. Der Vater übernimmt dreimal in der Woche ein „Männergespäch“ zu festgelegten Zeiten, was die Mutter entlastet. Neben der Hausaufgabenbetreuung richtet die Mutter auch eine strukturierte „Spiel- und Spaßstunde“ mehrmals die Woche ein. So lernen alle Beteiligten, dass Kontakte auch positiv besetzt sein können. Die Eltern reduzieren langsam die „Ritalin“-Gaben an Nachmittagen und am Wochenende. Ein homöopathisches Mittel unterstützt zusätzlich den Übergang. Tim wirkt dadurch aufmerksamer und wacher und geht vor allem abends früher schlafen. Die Mutter „übt“ mehr und mehr, sich Freiräume zu nehmen (eine Auszeit pro Tag, wöchentlich einen Frauenabend mit der Freundin). Dies dient der eigenen Entlastung, und Tim lernt dadurch, Grenzen zu respektieren und dass die Mutter nicht immer verfügbar ist. Die Eltern lernen mehr und mehr aus einer zunächst gegenseitigen Vorwurfshaltung in konstruktive Auseinandersetzungen zu kommen. Die anfänglich unterschiedlichen Erziehungsstile finden allmählich eine gemeinsame Form. Der Struktur- und Tagesplan wird mit Aufgaben für Tim erweitert. Dies gibt ihm Orientierung und er ist meistens motiviert, ihn mit Hilfe von Belohnungssystemen, einzuhalten. Für die Hausaufgabenbetreuung empfehle ich der Mutter Elemente aus einem spielerischen Lerntraining.

3.3 Therapie mit Tim

Auf die Frage warum er zu mir kommt, antwortet er, er wolle von den Tabletten runter, er wisse nicht, warum er sie nehme.

In den ersten Stunden geht es um spielerisches Herstellen eines guten Kontaktes, Erarbeiten von Vertrauen und um die Regeln im Therapiezimmer.

Über Methoden aus der projektiven Diagnostik (Wunschprobe, Familiensystem mit Kuschtieren, Malen etc.), erfahre ich von Tim's geringem Selbstwertgefühl aber auch von seinen Größenphantasien (s. so genannte „Negativspirale“ bei ADHS-Kindern). Besonders das Spielen mit Kuschtieren macht ihm Spaß, hier hat er auch eine gute Ausdauer und Konzentration. In der Feinmotorik zeigt er Schwächen. Oft kommt der Satz „das kann ich nicht“. Wenn ich ihn ermutige oder ihm zeige, wie es geht, nimmt er die Anregung gerne auf und probiert es, bis es ihm auch gelingt.

Nach der Anfangsphase strukturiere ich die Stunden in einen mehr funktional-übungsorientierten Anfangsteil mit Malen und Bewegung, in einen eher offenen erlebnisorientierten Spiel-Mittelteil und in ein Abschluss-Ritual mit Fußmassage zu Entspannungsmusik.

Im ersten Teil hilft ihm das Ausmalen von vorgegebenen Formen, spielerisch mit Grenzen umzugehen. So lernt er auch, sich selbst zu instruieren, was für ADHS-Kinder sehr wichtig ist. Sätze wie „Stopp- was ist der nächste Schritt?“ oder „Erst die Ränder, dann das Innere“, verhelfen ihm mehr und mehr zu Orientierung und Struktur. Das freie Malen

ist eher grenzenlos, überschießend. Hier muss ich ihn immer wieder an die verabredeten Regeln erinnern. Gegen Ende der Therapie ist er fähig, konzentriert und ausdauernd über 20 min. komplizierte Formen nach freier Farbzusammenstellung, auszumalen. Im Bewegungsteil arbeite ich mit Elementen aus der Psychomotorik, Überkreuz-Bewegungen und freien und gebundenen Tanzsequenzen mit und ohne Musik. Anfänglichen Widerständen - vermutlich auf Grund der vorgegebenen Struktur und dem Erleben der eigenen Koordinationsschwierigkeiten - begegne ich immer wieder mit Ermutigungen und einem Rollenwechsel, in dem er mich instruieren darf und in dem auch ich es mal „richtig“ und mal „falsch“ mache. Durch das gemeinsame Tun wird Tim immer motivierter und kreativer. Er erfindet eigene Bewegungsabläufe, die er in die Bewegungskombination einbaut, bringt selber Musik mit, so dass er sich rhythmisch „einpassen“ muss. Sein „Leistungswille“ entwickelt sich, indem er zu Hause übt, die Kombination mehrmals hintereinander zu wiederholen, was natürlich Anerkennung und Lob bedeutet. Immer seltener kommt die Aussage „das kann ich nicht“. Es gesellen sich auch Wurfspiele mit Kirschsteinsäckchen hinzu, die er zunächst aggressiv und zerstörerisch mit „Abschießen“ gestalten möchte. Durch die Regel „im Therapieraum dürfen Menschen und Dinge nicht zu Schaden kommen“ lernt er, das Spiel kreativ umzugestalten, dass es zwar auch ein „Gewinnen und Verlieren“ gibt, aber mehr die Geschicklichkeit als das Zerstören im Vordergrund steht. Die Erweiterung seines Bewegungsrepertoires, die Zunahme seiner Geschicklichkeit und Koordinationsfähigkeit und das Erleben, dass er „was schafft“, lässt ihn selbstbewusster und mutiger werden.

Der mehr offen gehaltene Spiel-Mittelteil gestaltet sich anfänglich über mehrere Stunden mit Höhlen-Bauen. Immer wieder sagt er: „Das kann ich nicht“. Durch Ermutigung und gemeinsames Tun mit mir, wird er immer erfinderischer, mit Matzratten, Tüchern, Seilen und Stühlen eine Höhle zu bauen. Hierbei erprobt Tim, sich einen eigenen (Innen-)Raum zu schaffen, Geborgenheit zu spüren, sich abgrenzen zu dürfen, was für ADHS-Kinder im Außen durch die viele „Negativ-Zuwendung“ wenig erfahrbar ist. Zunächst darf ich nicht in die Höhle hinein. Mit Hilfe einer Igel-Handpuppe, die er „Fridolin“ nennt, gelingt eine erste Annäherung. Nach langem „Nein, Du darfst nicht rein“ und Weinen von „Fridolin“, erlaubt Tim ihm Einlass, wo er ihn dann liebevoll versorgt. „Fridolin“ macht Tim Komplimente über seinen Höhlenbau.

Dieses „Abgrenzen-/ Erlauben-Spiel“ geht über mehrere Stunden, mal wird „Fridolin“ verprügelt, mal liebkost, mal kämpfen die beiden spielerisch miteinander. Bei einer zerstörerischen Aggressionsszene geht „Fridolin“ weg und will mit Tim nichts mehr zu tun haben. Dies erlebt Tim ja ständig mit seinem sozialen Umfeld. Nach kurzer Zeit ruft Tim „Fridolin“ wieder in die Höhle und bittet ihn, ihm beizubringen, „wie man Stacheln zeigt“. Es folgt ein spielerisches Kräfteressen.

Nach einer gewissen Zeit „öffnet“ sich die Höhle („Fridolin“ ist es dort zu dunkel), ganz zum Schluss darf auch ich hinein. Dem Autonomiebestreben folgt langsam ein In-Beziehung-Gehen.

Aus dem Höhle-Bauen entwickelte sich etwa ab der 14.Std. das Thron-Bauen. Tim sitzt oben drauf und nennt sich selbst „König Arsch“ (Größenphantasie gepaart mit Minderwertigkeitsgefühl). Ich muss lange Zeit Diener spielen. In dieser Rolle erzähle ich, wie ich mir „König Arsch“ vorstelle und frage, ob er wirklich so sei. Seitdem nennt er sich „König Lieb“. „Fridolin“ ist auch wieder dabei und zeigt bei Tim's Beschimpfungen und Aggressionsattacken seinen Schmerz, grenzt sich ab und zieht sich auch immer wieder zurück von ihm. Tim lenkt dann meist ein und bittet „Fridolin“ zurückzukommen.

Auf diese Weise lernt Tim allmählich sein aggressives Verhalten besser zu regulieren. Weitere Spiele sind u.a.: mit dem Thron, der zum Boot wird, unterzugehen, ich muss ihn dann retten; Tim als wilder Tiger, der Andere angreift; Tim wird selber vom Tiger getötet, die Kuschtiere und ich müssen um ihn trauern, wodurch er wieder lebendig wird; Tim als Tiger im Käfig, muss ihn befreien. Tim findet so auf spielerische Weise seinen Ausdruck für Aggression in Opfer- und Täterrolle.

Unser Abschlussritual bildet über viele Therapiestunden eine Fußmassage, die Tim bis auf wenige Ausnahmen sehr genießt, mal mit, mal ohne Entspannungsmusik. Er kann auf diese Weise 10 Minuten in absoluter Stille und Entspannung „aushalten“. Für ein ADHS-Kind eine große Leistung!

3.4 Ergebnisse im Alltag

Durch die Reduzierung des „Ritalins“ kommt es anfänglich zu gehäuften Erregungszuständen, die aber durch die anderen Maßnahmen mit der Zeit abnehmen. Nach ca. 8 Stunden braucht Tim für die Hausaufgaben nur noch eine knappe Stunde. Die Lehrerin bestätigt besseres Sozialverhalten und größere Aufmerksamkeit. Das Abschlusszeugnis der 2. Klasse ist so gut, dass das SSV eingestellt wird. Nach etwa 2/3 der Therapiezeit spielt Tim häufiger mit den Nachbarskindern und trifft sich mit Schulkameraden, was ihn selbständiger werden lässt. Die Mutter genießt die so gewonnenen Freiräume. Die Geschwisterrivalität bleibt problematisch. Nach Beendigung der Therapiezeit ist Tim wesentlich aufmerksamer, konzentrierter und selbstbewusster, braucht aber weiterhin die Strukturhilfen der Eltern und seine Tagespläne. Sozial ist er sehr gut eingebunden.

Er nimmt morgens zur Schule nur noch ½ Tablette „Ritalin“. Den restlichen Tag, an Wochenenden und in den Ferien kann Tim sein Verhalten überwiegend gut selber steuern.

Elisabeth Neimeke
Ried 31
88069 Tettang
07542 - 939 66 78
e.neimeke@t-online.de

Literatur:

Doepfner,M./ Lehmkuhl,G./ Steinhausen, H.-C.: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ADHS. Hogrefe, 2001

Mayer-Skumanz,L./ Heringer,J./Heringer,A: Löwen gähnen niemals leise. VAK 2001

Metzmacher,B./ Petzold,H./ Zaepfel, H.: Praxis der Integrativen Kindertherapie. Junfermann, Paderborn 1996

Passolt,M.: Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. E.Reinhardt, München 1997

Petzold,H.: Integrative Bewegungstherapie und Leibtherapie. Junfermann, Paderborn 1996

Rossetti-Gsell,V.: Spielen-Sprache der kindlichen Seele. Herder, Freiburg 1998