



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren mit Kindern
mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten“

verfasst von

Theresa Hunstorfer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 445 353

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Lehramtsstudium UF Biologie und Umweltkunde / UF Spanisch

Betreut von:

ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Kirchengast, Sylvia

**„Als Gott das Pferd erschaffen hatte,
sprach er zu dem prächtigen Geschöpf:
Dich habe ich gemacht ohnegleichen.
Alle Schätze dieser Erde liegen zwi-
schen deinen Augen. Du sollst fliegen
ohne Flügel und siegen ohne Schwert.“**

(Aus dem Koran)

Inhalt

Motivation.....	8
Untersuchungsziel.....	9
1. EINLEITUNG	10
1.1. ADHS - Geschichtlicher Abriss.....	12
1.2. Klassifikation	15
1.3. Diagnostik.....	19
1.4. Prävalenz.....	22
1.5. Ursachen	24
1.5.1. Aktueller Stand der Forschung	25
1.5.2. Neuropsychologische Ursachen.....	25
1.5.3. Somatische Ursachen.....	27
1.5.3.1. Neuroanatomische und neurophysiologische Ursachen	27
1.5.3.2. Neurochemische Ursachen – Die Dopamin-Mangel-Hypothese	28
1.5.4. Genetische Ursachen	30
1.5.5. Exogene Faktoren.....	31
1.5.5.1. Geburtskomplikationen	31
1.5.5.2. Schadstoffbelastung.....	32
1.5.5.3. Drogen, Alkohol, Nikotin	32
1.5.5.4. Familiäre Situation.....	32
1.5.5.5. Gesellschaftsabhängige Faktoren	33
1.6. Symptomatik.....	35
1.6.1. Primärsymptome	35
1.6.1.1. Unaufmerksamkeit.....	35
1.6.1.2. Hyperaktivität	36

1.6.1.3.	Impulsivität	36
1.6.2.	Sekundärsymptome	38
1.6.2.1.	Soziale Schwierigkeiten	38
1.6.2.2.	Psychische Folgen	39
1.6.2.3.	Motorische Defizite	40
1.6.2.4.	Lernschwierigkeiten.....	41
1.7.	Wahrnehmungsstörung.....	43
1.8.	Therapiemöglichkeit	44
1.8.1.	Maßnahmen im alltäglichen Leben	44
1.8.2.	Pädagogisch-psychologische Therapien	49
1.8.3.	Kognitive Verhaltenstherapien	50
1.8.4.	Medikation.....	51
1.8.5.	Tiergestützte Therapien.....	52
1.9.	HEILPÄDAGOGISCHES VOLTIGIEREN UND REITEN	54
1.9.1.	Begriffsdefinition und –abgrenzung.....	55
1.9.2.	Geschichtliche Entwicklung des therapeutischen Reitens	57
1.9.3.	Ziele und Möglichkeiten des HPV/R.....	58
1.9.4.	Das Beziehungsdreieck im Heilpädagogische Voltigieren und Reiten	61
1.9.5.	Das Therapiepferd	63
1.9.5.1.	Eigenschaften und Charakterzüge.....	63
1.9.5.2.	Haltung und Ausbildung.....	65
1.9.6.	Der/Die TherapeutIn – Ausbildung in Österreich	66
1.10.	Zielgruppen im HPV/R	68
1.11.	Heilpädagogisches Voltigieren	70
1.11.1.	Vorbereitung und Aufbau einer Therapieeinheit.....	70
1.11.2.	Pädagogische Grundlagen	78

1.12.	Heilpädagogisches Reiten.....	79
1.12.1.	Durchführung und Aufbau einer Therapieeinheit	80
1.12.2.	Pädagogische Grundlagen	83
1.13.	Heilpädagogische Wirkungsweise.....	86
1.13.1.	Wahrnehmungsverbesserung	86
1.13.2.	Motorische Verbesserung.....	86
1.13.3.	Kognitive Verbesserung.....	87
1.13.4.	Psychisch-emotionale Verbesserung	87
1.13.5.	Soziale Verbesserung	88
1.13.6.	Verbesserungen im Verhalten.....	89
2.	HYPOTHESE.....	91
2.1.	Untersuchungsansatz.....	91
2.2.	Hypothesen	91
3.	MATERIAL UND METHODEN.....	92
3.1.	Probanden	92
3.2.	Untersuchungsbeschreibung.....	92
3.3.	Statistische Analyse	93
4.	ERGEBNISSE	94
4.1.	Elternfragebogen	94
4.1.1.	Fragen zum Elternteil/Angehörigen.....	94
4.1.1.1.	Angehöriger/Elternteil.....	94
4.1.1.2.	Berufstätigkeit	94
4.1.2.	Fragen zum Kind.....	95
4.1.2.1.	Altersstruktur und Geschlechterverteilung	95
4.1.2.2.	Anzahl der Kinder/Familie und von AD(H)S betroffenen Kinder	95
4.1.2.3.	Diagnosezeitpunkt	96

4.1.2.4.	Art der Diagnose	96
4.1.3.	Fragen zum Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten.....	97
4.1.3.1.	Hinführung zum HPV/R.....	97
4.1.3.2.	Zeitdauer	97
4.1.3.3.	Einzel-/Gruppentherapie	98
4.1.3.4.	Einverständnis des Arztes	99
4.1.3.5.	Zusätzliche Therapien.....	99
4.1.3.6.	Frühere Therapien.....	99
4.1.3.7.	(Haus-)Tiere/Therapiepferd.....	100
4.1.3.8.	Finanzielle Unterstützung	102
4.1.3.9.	Medikation	102
4.1.4.	Schulischer Werdegang	102
4.1.4.1.	Kindergarten/Vorschule.....	102
4.1.4.2.	Probleme in der Schule.....	103
4.1.4.3.	Begabungen auf anderen Gebieten.....	104
4.1.5.	Symptomatik.....	105
4.1.5.1.	Symptome	105
4.1.5.2.	Verbesserungen	120
4.1.5.3.	Unterschiede im Verhalten	121
4.1.5.4.	Empfehlung	122
4.2.	Therapeutenfragebogen.....	123
4.2.1.	Fragen zur Person	123
4.2.1.1.	Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinder.....	123
4.2.1.2.	Hauptberuf.....	123
4.2.2.	Fragen zur Ausbildung.....	123
4.2.2.1.	Beginn der Ausbildung	123

4.2.2.2. Institution der Ausbildung und Vorbildung.....	124
4.2.3. Fragen zum Arbeitsalltag	124
4.2.3.1. Zeitraum der therapeutischen Arbeit mit Pferden.....	124
4.2.3.2. Betreute Kinder	124
4.2.3.3. Therapie.....	125
4.2.3.4. Verbesserung der Aufmerksamkeit	125
4.2.3.5. Motivation	125
5. DISKUSSION.....	126
6. CONCLUSIO	130
7. ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY	131
8. LITERATUR	134
8.1. Internetquellen	140
8.2. Abbildungsverzeichnis.....	141
9. ANHANG.....	142
9.1. Fragebögen	142
9.2. Lebenslauf.....	155

Motivation

Als angehende Lehrerin und aufgrund meiner beruflichen Aktivität als Erzieherin in einem Internat habe ich schon häufig Kontakt mit Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose AD(H)S gehabt. Die steigende Zahl an AD(H)S-Diagnosen und die damit einhergehenden Verschreibungen von Methylphenidaten mit den gängigen Verkaufsnamen Ritalin, Concerta etc. sind beunruhigend und haben mich dazu bewegt, diese Arbeit zu verfassen, mit dem Ziel, sich wissenschaftlich an das Thema AD(H)S und die alternative, tiergestützte Therapie durch das Medium Pferd anzunähern.

Großer Dank gilt an dieser Stelle Frau ao. Univ. Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast für die professionelle Betreuung und fachliche Unterstützung bei meiner Diplomarbeit.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich weiters bei all jenen Eltern und Angehörigen sowie TherapeutInnen, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Ohne ihre Unterstützung wäre diese Diplomarbeit nicht realisierbar gewesen.

Weiters gilt großer Dank meinen Eltern und meiner Familie, die mir das Studium ermöglicht haben und mich in jeder Situation unterstützten. Sie und mein Freund haben mir auch in schwierigen Zeiten immer wieder Sicherheit und Halt gegeben und so zur Verwirklichung meiner Pläne beigetragen.

Auch allen Freunde und StudienkollegInnen, die mich im Laufe meines Lebens begleiten, möchte ich herzlichsten Dank aussprechen.

Untersuchungsziel

Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, die tatsächliche Wirkung von heilpädagogischem Reiten oder Voltigieren auf Kinder mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten zu untersuchen. Da tiergestützte Therapien allgemein, sei es mit Hunden, Pferden, Delphinen usw. immer häufiger werden und die Meinungen der ExpertInnen zu diesem Thema kontrovers sind, besteht eine Notwendigkeit, sich mit diesem Thema wissenschaftlich auseinanderzusetzen und Untersuchungen über die Auswirkung der alternativen Therapien auf die psychische Störung AD(H)S anzustellen.

Die vorliegende Arbeit soll einerseits helfen, Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten besser verstehen zu lernen und außerdem einen Einblick in den oftmals nicht einfachen Alltag von Betroffenen zu geben. Neben einem Überblick über die Diagnostik und die Symptomatik dieses Störungsfeldes wird auf die Therapiemöglichkeiten eingegangen und schließlich das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten mit den Chancen, die es bietet, erläutert. Da das Thema für künftige LehramtskandidatInnen, sowie für die Eltern betroffener Kinder sehr relevant ist, soll diese Diplomarbeit als Leitfaden für das Verständnis von Aufmerksamkeitsdefiziten dienen und Aufschluss über die alternative, tiergestützte Therapie mit dem Medium Pferd geben.

1. EINLEITUNG

„Ob der Philipp heute still
wohl bei Tische sitzen will?
Also sprach in ernstem Ton,
der Papa zu seinem Sohn,
und die Mutter blickte stumm
auf dem ganzen Tisch herum.“

(Hoffmann, 1845/46)

Auf diese Weise beschrieb der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann in seinem Werk „Struwpeter“ bereits im Jahre 1845/46 das Verhalten des Jungen namens Phillip, der nicht still am Tisch sitzen konnte. Bis heute beschäftigt diese Frage aufgrund der steigenden Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit dem volkstümlich umschriebenen „Zappel-Philipp-Syndrom“ vor allem Eltern, aber auch KinderärztInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen in der ganzen Welt.

Die Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADS oder ADHS genannt, ist schon seit mehr als hundert Jahren Forschungsgegenstand für unterschiedlichste Disziplinen. Aus diesem Grund gibt es viele unterschiedliche Bezeichnungen für ein und dieselbe psychische Störung. Im Englischen wird das Syndrom als ADD (Attention Deficit Disorder) oder ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) bezeichnet, während im deutschsprachigen Raum die Übersetzungen ADS und ADHS geläufig sind. Als Hyperkinetisches Syndrom oder Aufmerksamkeitsdefizitstörung wurde es bereits während der 1970er und 1980er Jahre in die gängigen Diagnosemanuale, wie zum Beispiel in das ICD-8 aus dem Jahre 1974, das Internationale Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation und das DSM (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen DSM-III 1980) aufgenommen (Gawrilow, 2009).

In dieser Diplomarbeit wird die Abkürzung AD(H)S als Überbegriff für die Vielzahl an Bezeichnungen, die Kindern mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten auferlegt werden, verwendet, da sich dieser Begriff auch in der Literatur häufig wiederfindet.

Die AD(H)S ist also geschichtlich gesehen kein neu aufgetretenes Gesellschaftsproblem, sondern schon seit mehr als hundertfünfzig Jahren bekannt, dennoch rückte es in den letzten Jahrzehnten immer mehr ins Zentrum des Interesses. AD(H)S wird in der Literatur als eine der häufigsten Störungen von Kindern und Jugendlichen geführt und der Grund für die rasche Erhöhung der Anzahl an betroffenen Personen in den letzten Jahren ist vermutlich in der schnellen Entwicklung unserer Gesellschaft zu suchen (Ahrbeck, 2007). Die drei Hauptkriterien für die Diagnose der AD(H)S sind nach dem DSM-IV aus dem Jahre 1990:

- Unaufmerksamkeit
- Hyperaktivität
- Impulsivität.

Dieser Klassifikation nach zu schließen haben AD(H)S-Kinder also Schwierigkeiten mit längeren Aufmerksamkeitsphasen, haben kaum Ausdauer beim Lösen von Aufgabenstellungen, sind leicht abzulenken und oft verträumt. Hinzu kommt meist eine überaktive Verhaltensweise, die sich in zappeln, rennen, permanentem Sprechen usw. äußert. Unter Impulsivität versteht man, dass Kinder mit der AD(H)S häufig Entscheidungen treffen, ohne sich vorher über etwaige Konsequenzen im Klaren zu sein. Eine weitere Schwäche der Betroffenen liegt darin, dass sie exekutive Funktionen nur mäßig erfüllen. Dies bedeutet, dass sie kaum Kontrollmechanismen, wie zum Beispiel etwas organisieren oder planen können, beherrschen und auch Selbstregulationen nicht zu ihren Stärken zählen (Gawrilow, 2009).

Jedes dieser drei Kriterien tritt in den unterschiedlichsten Situationen auf, das heißt, dass sie nicht nur zuhause oder in der Schule auffallen, sondern immer und überall. Es handelt sich daher um situationsübergreifende Probleme, mit denen Betroffene zu kämpfen haben (Schäfer et al., 2007).

All diese Besonderheiten von AD(H)S-Kindern bedeuten Probleme im alltäglichen Umgang mit ihren Mitmenschen und führen oftmals dazu, dass sie kaum oder nur wenig soziale Kontakte haben und Freundschaften nur sehr schwer geknüpft werden können.

1.1. ADHS - Geschichtlicher Abriss

Wie schon in der Einführung erwähnt, beschreibt der deutsche Arzt Heinrich Hoffmann erstmals in seinem Werk „Struwpeter“ das Erscheinungsbild des Zappelphilipps, also eines unruhigen Kindes. Dennoch kann man nicht davon ausgehen, dass der zu dieser Zeit als Allgemeinmediziner arbeitende Hoffmann, ein „Krankheitsbild“ beschreiben wollte, sondern lediglich eine Unart von Philipp, die sich bei Tisch im 19. Jahrhundert schlichtweg nicht gehörte (Sauerbrey, 2011).

Fraglich bleibt also nach wie vor, wo die Ursprünge der AD(H)S als Krankheit zu suchen sind. Prof. Dr. med. Eduard Seidler beschreibt detailliert in seinem Text „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit“, der im Februar 2004 im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist, den Werdegang der AD(H)S. Zur Zeit Heinrich Hoffmanns wurde erstmals damit begonnen, das Gehirn als psychisches Organ zu betrachten und folglich dessen Erkrankungen als „psychische Krankheiten“ zu bezeichnen. So wurde das Phänomen des unruhigen Kindes als Störung des Gehirns betrachtet oder auch als Hypermetamorphose benannt, bei der eine zu schnelle Entwicklung als Auslöser galt. Nur kurze Zeit später wurde das „Krankheitsbild“ durch den englischen Kinderpsychiater Henry Maudsley (1835-1918) dem „affektiven oder moralischen Irreseins“ zugehörig gemacht, während sein deutscher Kollege Hermann Emminghaus (1845-1904) vermutete, dass die Störung eher der Krankheitsgruppe der „Vererbung und Degeneration“ angehörte. Aufgrund der steigenden Eile, Ungeduld und Unruhe in der Gesellschaft wurde im Jahre 1869 der Begriff „Neurasthenie“ für den nervösen Zustand von Menschen durch den Amerikaner George Miller Beard (1836-1883) geprägt. Er war der Meinung, dass es sich hierbei um eine Erkrankung handelte, die vorwiegend in Amerika zu finden war und bezeichnete sie daher später als „American nervousness“. Die Bezeichnung „Neurasthenie“ wurde daraufhin weltweit verbreitet. Auch in Deutschland wurde das Hauptaugenmerk immer mehr auf die Nervosität gelegt und die Schuld an der steigenden Anzahl der aufkommenden Industrialisierung, den schlechten Arbeitsplätzen sowie der gesellschaftlichen Unruhe zugeschoben. Der Imperialismus, in dem Tugenden wie Pünktlichkeit, Ordnung, Selbstbeherrschung eine große Rolle spielten, trug ebenfalls dazu bei, dass das Interesse an diesem „Charakterfehler“ immer größer wurde. Der Berliner Pädiater Adalbert Czerny postulierte 1908, dass Charakter und Auftreten eines Kindes von der richtigen Ernährung und von der Erziehung bestimmt werden. Seiner Meinung nach

gehören Kinder, die zu viel Bewegungsdrang verspüren, sich über längere Zeit nicht konzentrieren können und kaum Ausdauer haben (also eine Ähnlichkeit mit dem Zappelphilipp haben), zur Gruppe der „schwer erziehbaren“ und werden zur „neuropathischen Konstitution“ gezählt. Zeitgleich wird auch der Begriff „Psychopathie“ geprägt, der aufgeregte Kinder zwischen normal und krankhaft einstuft. Hier begann die Diskussion über ererbte oder im Mutterleib erworbene „Defekte“ (Seidler, 2004).

In vielen amerikanischen Artikeln werden jedoch die Anfänge der Geschichte der AD(H)S mit dem englischen Pädiater George Frederick Still (1868-1941) festgelegt, welcher davon ausging, dass das Verhalten der Kinder zwar anormal ist, jedoch die Intelligenz normal (Seidler, 2004).

Nach Ulf Sauerbrey (2011) brachte George Still die Erbllichkeit sowie organische Ursachen in die Diskussion ein. Dies stieß bei seinen Forscherkollegen aus Neuro- und Psychopathologie auf große Ablehnung, welche bis nach den Zweiten Weltkrieg andauerte.

Noch bis in die 1930er Jahre waren ÄrztInnen der Meinung, dass durch Reizüberflutung und mangelnde Erziehung anormale Verhaltensweisen von Kindern erklärbar sind. Pädagogische Maßnahmen waren die Folge dieser ärztlichen Auffassungen (Seidler, 2004).

Interessant sind die Grundlagen des heute noch geltenden Konzepts von Verhaltensstörungen, die ihre Ursprünge bereits im Ersten Weltkrieg haben. Nachdem in den 1920er Jahren neue medizinische Forschungen über die Enzephalitis-Epidemie des Ersten Weltkrieges angestellt wurde, veränderten sich die Erklärungsansätze der AD(H)S in Richtung neurobiologischer Argumente (Sauerbrey, 2011).

In den Kriegsjahren von 1938-1945 war die Diskussion der Fachleute aufgrund der politischen Geschehnisse unterbrochen und unruhige Kinder wurden schlichtweg mit allen Mitteln zu Gehorsam erzogen. Empfehlungen, wie die Kinder der Hitler-Jugend beitreten zu lassen, wurde den Eltern ans Herz gelegt, um ihnen dort ihre Unarten abzugewöhnen. Während Österreich und Deutschland von den Kriegsgeschehnissen gerüttelt waren, forschte der Amerikaner Charles Bradley weiter an verhaltensauffälligen Kindern und entdeckte, dass Stimulanzien eine beruhigende Wirkung auf nervöse Kinder hätten. Dieser Zeitpunkt gilt als Geburtsstunde der Methylphenidate, die ab den 1940er Jahren synthetisiert wurden. Als Derivat von Piperidin wanderte das Me-

dikament ab den 1960er Jahren unter dem Marktnamen Ritalin über die Ladentische (Seidler, 2004).

1948 erschien erstmalig der Begriff „Hyperkinetisches Syndrom“, wobei man von einer frühkindlichen Hirnschädigung ausging und der Schwerpunkt auf die Hyperaktivität der Kinder gelegt wurde. Um 1980 wurde schließlich das DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eingeführt und die Aufmerksamkeits-schwierigkeiten als Diagnosekriterien zum Hyperkinetischen Syndrom hinzugefügt. Unterschiedlichste Erklärungen gingen erneut in die Diskussion ein. Erkrankung, Verhaltensauffälligkeit, Behinderung usw. wurden in den USA diskutiert, während in Deutschland ebenfalls quer durch alle medizinischen Disziplinen, je nach Gebiet anfänglich eine Hirnschädigung, später aber auch genetische Disposition oder die Aktualisierung von Beziehungserfahrungen als Ursache angenommen wurden. Erst seit dem Beginn der 1990er Jahre kam die Neurobiologie als Erklärung wieder in die Diskussion hinzu und entfachte dieses kontroverse Thema erneut (Seidler, 2004).

Ein großes Problem in der Geschichte der AD(H)S stellt die Medikation dar, welche in manchen Ländern bis zum Missbrauch der Methylphenidate geführt hat. So zum Beispiel gibt es heutzutage in Schweden und Deutschland gesetzliche Einschränkungen: nur wer die Mindestvoraussetzungen erfüllt, darf Methylphenidate verschrieben bekommen. Dies führte zwar unweigerlich zu einer Weiterentwicklung der Diagnostik, der tägliche Konsum von Ritalin oder ähnlichen Methylphenidaten steigt dennoch nach wie vor. Fest steht, dass durch die Pharmaindustrie das Kind einen Namen erhalten hat und neue Diagnosekriterien entstanden sind. Nach einer langen Geschichte mit vielen Deutungsvarianten, vom „Zappelphilipp“ über die Neuropathie und Psychopathie bis hin zur Neurasthenie und zum Hirnschaden, hält die momentane Forschung bei der genetischen Disposition und der Chemie von Neurotransmittern. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob es bei einer solchen Variation an verschiedenen Verhaltensweisen überhaupt möglich und sinnvoll ist, eine einheitliche Diagnose und grundsätzliche Ursache für die AD(H)S zu suchen oder ob es nicht in der Natur der Kinder liegt, sich auf ihre spezielle Art und Weise, die sich von jener der Erwachsenen grundlegend unterscheidet, zu unterhalten und weiterzuentwickeln, wenngleich auch die kindliche Weiterentwicklung in den Augen eines Erwachsenen als „störend“ empfunden werden kann, da diese durchaus laut und mit viel Bewegungsdrang durchlebt wird (Sauerbrey, 2011).

1.2. Klassifikation

Wie eingangs schon erwähnt existiert eine Vielzahl an Namen und Bezeichnungen für die AD(H)S und es erscheint durchaus hilfreich, einen kurzen Überblick über die gängigen Klassifikationsmöglichkeiten und Diagnoseinstrumente zu geben.

Die aktuelle amerikanische Klassifikation, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorder), unterteilt die AD(H)S folgendermaßen:

1. Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung als Mischtyp (Aufmerksamkeitsstörung und motorische Unruhe liegen zugleich vor),
2. Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und
3. Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung mit überwiegender Hyperaktivität und Impulsivität.

(Schäfer et al., 2007)

Schäfer und Gerber (2007) stellen demgegenüber die eher in Europa verbreitete Klassifikation ICD-10 (International Classification of Diseases), die eine ähnliche Einteilung vornimmt:

1. einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung,
2. Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und
3. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.

Beide Klassifikationssysteme erstellen die heutzutage gängigen diagnostischen Kriterien zur Bestimmung der ADHS und sind somit wichtige Werkzeuge in der medizinischen Diagnostik (Heinemann et al., 2006).

Nach Schäfer und Gerber (2007) ist es einfacher, hyperaktive und impulsive Kinder zu erkennen, während die sogenannten „Träumer“, die oft ebenfalls zumindest an Aufmerksamkeitsschwierigkeiten leiden, durch ihre ruhige Art unentdeckt bleiben. Betroffene haben Schwierigkeiten, zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen zu unterscheiden und bekommen teilweise nur recht wenig von ihrer Umgebung mit (Schäfer et al., 2007).

Im Folgenden werden die Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV der WHO aus dem Jahre 1990 aufgelistet (Döpfner et al., 2000; Schäfer et al., 2007; Heinemann et al., 2006). Die Diagnosekriterien der beiden Klassifikationssysteme stimmen größtenteils überein. Kriterien in [...] Klammern stammen jedoch nur aus dem ICD-10, jene in {...} Klammern sind nur im DSM-IV zu finden.

A. Aufmerksamkeitsstörung

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint oft nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständnisschwierigkeiten)
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

B. Überaktivität

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {oft} im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.

3. Lläuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegeföhl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. [Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist].
{Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“}.
6. Redet häufig und übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren]. (Dieser Punkt befindet sich im ICD-10 unter Impulsivität).

C. Impulsivität

1. Platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
 2. Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [beim Spielen oder in Gruppensituationen].
 3. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in Gespräche oder Spiele anderer hinein).
- (DSM-IV-TR, 1990; ICD-10, 2011)

Wichtig bei der Diagnose von AD(H)S ist, dass sechs oder mehr der Symptome im Bereich der Aufmerksamkeitsstörung sowie auch mindestens sechs in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität auftreten. Weiters müssen die Symptome bereits vor dem siebten Lebensjahr in Erscheinung treten und den/die Betroffene/n in zumindest zwei Lebensbereichen (wie zum Beispiel zu Hause, in der Schule oder am Arbeitsplatz) negativ beeinflussen (Heinemann et al., 2006).

Schäfer et al. (2007) unterstreichen außerdem, dass die Symptome auch über eine längere Zeitspanne bestehen müssen und dass ein Ausschluss anderer geistiger Beeinträchtigungen oder Erkrankungen möglich sein muss.

Bei diesen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen handelt es sich nach Heinemann et al. (2006) um:

- tiefgreifende Störungen in der kindlichen Entwicklung
- Schizophrenie
- psychotische Störungen jeglicher Art
- affektive, dissoziative Störungen
- Angststörungen und
- Persönlichkeitsstörungen

Sofern die soeben genannten möglichen Erkrankungen ausgeschlossen werden können ist es sinnvoll, eine AD(H)S-Diagnose durchzuführen.

1.3. Diagnostik

Die Diagnostik der AD(H)S nach den obengenannten Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV ist nicht immer leicht, da im Laufe der Entwicklung eines Individuums unterschiedliche Symptome auftreten und sich die auftretenden Symptome verändern können. Deshalb ist es wichtig, eine an die Entwicklung des Kindes angepasste Diagnostik anzuwenden (Gawrilow, 2009).

Nach Gawrilow (2009) ist es von besonderer Bedeutung, verschiedene Diagnosemöglichkeiten auszuschöpfen, sowohl im natürlichen Umfeld zuhause als auch im Kindergarten oder in der Schule. Der eigentlichen Diagnostik der AD(H)S sollte eine detaillierte Anamnese vorausgehen. Dabei ist es besonders wichtig, die Vorgeschichte des Kindes bereits ab der ersten Schwangerschaftswoche zu ermitteln. Es folgt danach eine Beobachtung des Verhaltens des Kindes in unterschiedlichen Lebenssituationen (Kindergarten/Schule/Elternhaus).

Wie Döpfner et al. (2000) empfehlen, sollten sowohl Eltern als auch erziehende Personen und LehrerInnen mittels standardisierten Fragebögen zur Symptomatik des Kindes befragt werden. Hierfür könnte der Elternbeurteilungsbogen nach Wender (1995) verwendet werden:

Elternbeurteilungsbogen Parents' Rating Scale nach Wender 1995
(ADHS ist bei einem Gesamtwert von 12 wahrscheinlich)

Beurteilen Sie bitte, inwieweit Ihre Tochter / Ihr Sohn zwischen dem Alter von 6 und 10 Jahren folgende Verhaltensweisen aufwies:

1. unruhig-hyperaktiv

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

2. erregbar-impulsiv

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

3. störte andere Kinder

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

4. fing etwas an und führte es nicht zu Ende, kurze Aufmerksamkeitsspanne

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

5. zappelte dauernd

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

6. leicht abgelenkt

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

7. Wünsche mussten sofort erfüllt werden, war leicht zu frustrieren

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

8. weinte häufig

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

9. Stimmung wechselte rasch und extrem

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

10. neigte zu Wutausbrüchen und unvorhersagbarem Verhalten

0	1	2	3
gar nicht	etwas	deutlich	sehr viel

Abb. 1: Fragebogen zur Fremdanamnese nach Wender (1995)

Schäfer et al. (2007) weisen auch auf die Notwendigkeit von Gesprächen mit dem/der Betroffenen und Selbstbeurteilungsfragebögen hin. Auch eine Befragung zur Familiengeschichte und weiteren Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen sollte durchgeführt werden.

In weiterer Folge sollte eine Testung der Leistungs- und Aufmerksamkeitsfähigkeit durchgeführt werden. Verwendet werden können hierfür beispielsweise Intelligenztests und/oder Go-NoGo-Aufgaben¹, bei welchen die zu testenden Personen auf manche Stimuli reagieren müssen und auf andere Stimuli jedoch nicht reagieren dürfen. Als weiterer Bestandteil einer umfassenden Diagnose sollte die Ermittlung der Fähigkeit des Kindes zur Emotionalität folgen. Auch dies kann mittels Fragebogen oder Interview geschehen. Zuletzt ist es außerdem von großer Bedeutung, eine neurologische Untersuchung im Rahmen einer EEG (= Elektroenzephalografie zur Messung der Hirnströme) durchzuführen, dies gilt vor allem bei der Überlegung dem/der Betroffenen eine Medikation zuteilwerden zu lassen (Gawrilow, 2009).

¹ Bei Go-NoGo-Aufgaben handelt es sich um Übungen, bei denen die Probanden auf gewisse äußere Reize reagieren müssen und auf andere nicht reagieren dürfen. So zum Beispiel kann eine Aufgabe vorsehen, dass bei einem Bild eine Reaktion gefordert wird, bei einem Ton allerdings nicht (Gawrilow, 2009).

1.4. Prävalenz

Dieter Mattner beschreibt in seinem Beitrag „Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens“ (2002), dass immer mehr Kinder der heutigen Zeit an den Kernsymptomen der AD(H)S, also an Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Unruhe und Impulsivität, leiden.

Auch Bernd Ahrbeck (2007) erkennt eine klar steigende Tendenz der Anzahl an AD(H)S-Erkrankungen und vermutet die massive Beschleunigung des Alltagslebens als Grund für diese Entwicklung. Er stellt fest, dass Eigenschaften wie Schnelligkeit und hohe Aktivität in der modernen Gesellschaft als angesehen gelten, jedoch die Nebenerscheinungen dieser Eigenschaften, wie zum Beispiel Unstetigkeit und Flüchtigkeit, oftmals außer Acht gelassen werden. Kinder haben ihm zufolge eine besondere Sensibilität diesen gesellschaftlichen Veränderungen gegenüber und reagieren „so intensiv, dass ihr übersteigertes Verhalten am Ende pathologisch wird“ (Ahrbeck, 2007, S. 7).

Dass die Zahl der AD(H)S-Diagnosen stetig anwächst, wird auch bei vielen anderen AutorInnen immer wieder erwähnt. Gawrilow (2009) spricht beispielsweise von „epidemiologische[n] Untersuchungen, bei denen weltweit etwa 6 - 10% aller Kinder von ADHS betroffen“ (Gawrilow, 2009, S. 17) sind, wobei der weitaus größere Teil dem männlichen Geschlecht angehört. Nur bei circa einem Drittel der betroffenen Kinder besteht die Chance, dass sich die AD(H)S im Erwachsenenalter bessert.

Warum die Geschlechterverteilung so stark zu Gunsten des männlichen Geschlechts ausfällt, wird kontrovers diskutiert. Döpfner et al. (2000) geben in den meisten Studien ein Verhältnis von 3:1 bis sogar 9:1 an. Grund dafür könnten die Unterschiede in der Ausprägung der Kernsymptome sein.

Gawrilow (2009) stellt fest, dass Mädchen durch allgemeine geschlechtsspezifische Unterschiede eher zur Ausprägung des unaufmerksamen Typus leiden und weniger hyperaktive Wesenszüge an den Tag legen. Auch die Impulsivität ist bei Mädchen weniger stark ausgeprägt. Durch das Fehlen der typischen Symptome Hyperaktivität und Impulsivität fallen betroffene Mädchen unter normalen Umständen in der Schule, zu Hause oder im Kindergarten schlichtweg weniger auf, wodurch es zu einer verminderten Zahl an AD(H)S-Verdachten und –Diagnosen kommt.

Betroffene dieses Subtypus der AD(H)S sind desweiteren besser in der Lage, ihre Unaufmerksamkeit durch erhöhten Fleiß und Selbstregulation zu kompensieren (Gawrilow, 2009).

Weitere Unterschiede zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht findet man in der Ausprägung von komorbiden Störungen oder auch Sekundärsymptome genannt. Nach Häußler et al. (2002) überwiegt bei männlichen Betroffenen die Aggressivität und asoziales Verhalten, während Mädchen eher zu Depressionen und Angstzuständen neigen.

Doch woher diese Zustände und Ausprägungen der AD(H)S kommen, ist nach wie vor nicht hundertprozentig geklärt. Fest steht, dass es sich um ein Zusammenspiel aus ungünstigen Faktoren handelt, die die AD(H)S auslöst.

1.5. Ursachen

„Bei keinem anderen Krankheitsbild haben Experten und Helfer, Wissenschaftler und Praktiker in so extremer und einseitiger Weise ihr Krankheitsverständnis vertreten und Meinung, Kompetenz und Wissen von Kolleginnen und Kollegen aus berufsverwandten Bereichen kritisiert, oft sogar bekämpft und entwertet“ (Häußler et al., 2002, S. 20).

Dabei gibt es, wie bei vielen anderen psychiatrischen Erkrankungen auch, bei der AD(H)S nicht nur den Auslöser oder die Ursache. Vielmehr handelt es sich um ein Geflecht von Bedingungen mit einerseits biologischen und andererseits psychosozialen Hintergründen (Schäfer et al., 2007).

Sowohl neurobiologische und neuroanatomische Ursachen als auch Umweltfaktoren, die auf das Kind einwirken, können AD(H)S herbeiführen. Bei den Umweltfaktoren gehören vor allem die familiären Konstellationen und sozioökonomische Hintergründe zur AD(H)S-Diskussion (Mattner, 2001).

Das Fehlen von biologischen Markern verhindert wie auch bei vielen anderen psychiatrischen Störungen allerdings, dass die Existenz von AD(H)S eindeutig angezeigt werden kann (Gawrilow, 2009).

Hinsichtlich der mangelnden momentanen wissenschaftlichen Möglichkeiten zur Klärung der Entstehungsgeschichte einer AD(H)S, sind manche AutorInnen der Meinung, dass die Ursachen letztlich von nicht allzu großer Bedeutung seien. Nach Gerspach (2001) ist es gleichgültig, wodurch die Symptomatik tatsächlich entsteht, sei es durch ein schlechtes Umfeld, falsche Erziehungsmaßnahmen oder durch hirnanorganische Prozesse. Auch Burmeister (2001) ist der Meinung, dass die Suche nach den Gründen für die AD(H)S unbefriedigend und nicht zielführend sei.

Fest steht, dass die in den letzten Jahrzehnten geführten Diskussionen rund um die Ursachen von AD(H)S nicht gerade förderlich im Umgang mit erkrankten Kindern waren und die geeigneten Therapien beziehungsweise Intervention erschwerten (Helbig, 2011). Ganz außer Acht lassen kann man die Ursachendiskussion dennoch nicht, zum einen, um ein Gesamtbild der AD(H)S zu erhalten, zum anderen weil die Dopamin-Mangel-Hypothese nach wie vor als Ausgangspunkt für die Medikation

dient. Hier werden also so kurz als möglich die in der Literatur gängigsten Ursachen aufgeführt werden.

1.5.1. Aktueller Stand der Forschung

In der modernen Forschung werden vor allem Störungen im Gehirn als Ursache für die AD(H)S genannt. Es handelt sich hierbei um Verletzungen des Gehirns oder Entwicklungsanomalien. Da Verletzungen im Kindesalter jedoch eher selten auftreten, stehen die Abweichungen in der Hirnentwicklung im Vordergrund der Forschung. Dabei wird zwischen neurobiologischen und neuroanatomischen Faktoren sowie zwischen genetischen Ursprüngen unterschieden (Barkley, 2002). Andere AutorInnen nehmen eine Unterscheidung zwischen neuropsychologischen, neurophysiologischen, neuroanatomischen und neurochemischen Faktoren und der genetischen Disposition vor (Lehmkuhl et al., 2009). Ein sehr wichtiger Faktor, der bei fast allen AutorInnen genannt wird, ist allerdings der Einfluss der Umwelt, der als sehr bedeutend für die Ausprägung einer AD(H)S gilt (Barkley, 2002; Helbig, 2011; Heinemann et al., 2006).

1.5.2. Neuropsychologische Ursachen

Die grundsätzliche Basis für eine AD(H)S-Diagnose bei Kindern sind Verhaltensauffälligkeiten, die sich tagtäglich beobachten lassen. Hierbei sind in den letzten Jahren besonders jene Studien in den Mittelpunkt der Diskussion getreten, die sich mit Defiziten in den neuropsychologischen Fähigkeiten, genauer gesagt den sogenannten exekutiven Funktionen², auseinandersetzen (Gawrilow, 2009; Helbig, 2011).

Zu den exekutiven Funktionen zählen beispielsweise die Hemmung von unmittelbaren Reaktionen auf Reize, die Möglichkeit zum flexiblen Denken und Handeln, das Arbeitsgedächtnis und das Planen von Verhalten (Gawrilow, 2009).

Nach Barkley (1997) haben Kinder mit AD(H)S besonders in den folgenden vier exekutiven Funktionen große Schwierigkeiten:

² Exekutive Funktionen sind kognitive Funktionen, die den Menschen dazu befähigen sein Handeln zu steuern. Sie werden immer häufiger mit dem Frontallappen des Gehirns und dem präfrontalen Hirnregionen in Verbindung gebracht (Gawrilow, 2009).

- nonverbales Arbeitsgedächtnis: nicht-sprachliche Informationen können nur schwer verarbeitet werden
 - Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit: diese drei Gebiete können von Betroffenen nicht oder nur schwer kontrolliert werden
 - Internalisierung und Automatisierung von Sprache: Sprache kann nur unter bewusster Konzentration verwendet werden
 - Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen: Abfolgen von Handlungen können nur unter Mühen ausgeführt werden
- (Barkley, 1997)

Um diese als Hauptstörungen der exekutiven Funktionen bezeichneten Defizite zu erklären, wurden verschiedene neuropsychologische Modelle erarbeitet. Dazu zählen kognitive, motivationale und integrative Konzepte (Drechsler, 2010).

Die kognitiven Modelle versuchen die Defizite auf einen Auslöser zurückzuführen, das heißt auf eine unzulängliche Selbststeuerung gemeinsam mit einer verminderten Kontrolle von Impulsen. Aus diesem Defizit erwachsen dann die weiteren Probleme wie Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsschwierigkeit (Barkley, 2006).

Eines der motivationalen Konzepte hingegen geht von der Annahme aus, dass Kinder, die von AD(H)S betroffen sind, ein verstärktes System zur Verhaltensaktivierung haben und ihre Verhaltenshemmungssysteme nur eingeschränkte Funktionen aufweisen („Verhaltenshemmungs-/Verhaltensaktivierungsmodell“). Ein anderes Modell dieser Gruppe besagt, dass AD(H)S-Kinder eine Abneigung gegen Verzögerungen haben und in solchen Situationen dadurch ein hyperaktives Verhalten an den Tag legen (Helbig, 2011).

Die dritte Gruppe der neuropsychologischen Modelle befasst sich mit integrativen Konzepten. Hierbei wird darauf Wert gelegt, dass im Gegensatz zu den anderen beiden Erklärungsansätzen nicht nur eine Störung als Ursache gehandelt wird, sondern mehrere Beeinträchtigungen gleichzeitig auf die Ausprägung der AD(H)S einwirken. Es ist also als Zusammenführung der verschiedenen zuvor genannten Modelle zu sehen und lässt unterschiedliche Ansätze zu. Dieses Modell ist am ehesten geeignet, um eine so heterogene Störung wie AD(H)S ansatzweise erklären zu können (Helbig, 2011). Neben den neuropsychologischen Ursachen gibt es noch eine Reihe weiterer Erklärungsversuche, die einen organischen Ursprung vermuten.

1.5.3. Somatische Ursachen

1.5.3.1. Neuroanatomische und neurophysiologische Ursachen

Schon in der Vergangenheit wurde von KinderärztInnen angenommen, dass AD(H)S aus hirnorganischen Schäden entstehe. Eine sogenannte „minimale cerebrale Dysfunktion“, bei der nur eine geringe Schädigung des Gehirns vorliegt, wurde ihr zugrunde gelegt. In der heutigen Zeit ist es dank moderner Untersuchungsmöglichkeiten gelungen, diese Hypothesen zu widerlegen. Durch die modernen bildgebenden Verfahren wie MRT³ (= Magnet-Resonanz-Tomogramm), SPECT⁴ (= Single-Photon-Emissions-Computertomographie) oder auch PET⁵ (= Positronen-Emissionstomographie), können ForscherInnen und ÄrztInnen Einblick in das Gehirn von PatientInnen erhalten. Dabei konnte man entdecken, dass nur durch ein funktionierendes Zusammenspiel vieler Faktoren komplexe Hirnleistungen wie zum Beispiel Aufmerksamkeit, das Lernen, Vergleichen, Konzentrieren etc. möglich sind (Schäfer et al., 2007).

Bei von der AD(H)S betroffenen Kindern und Erwachsenen wurde festgestellt, dass sie in bestimmten Hirnregionen Besonderheiten zeigen. Dabei sind der Frontallappen, der Corpus Callosum und die Basalganglien verkleinert. Hinzu kommt, dass in den präfrontalen Hirnregionen eine verminderte Durchblutung stattfindet, was dazu führt, dass es zu einer Verringerung des Glukosestoffwechsels⁶ in diesen Regionen kommt (Gawrilow, 2009). Diese verminderte Durchblutung betrifft aber auch den Nucleus caudatus, der den vorderen Teil des menschlichen Gehirns mit dem limbischen System, das eher im Zentrum angesiedelt ist, verbindet. Der Nucleus caudatus setzt sich aus verschiedenen Nervenfasern zusammen, zu denen beispielsweise das Striatum gehört. Das Striatum kooperiert eng mit dem limbischen System und gemeinsam dienen sie der Steuerung von Gedächtnis, Motivation und Emotion. Erst

³ MRT scannt beispielsweise das Gehirn der Teilnehmer während eines Aufmerksamkeitstests. Die Hirnscans dienen in weiterer Folge als Grundlage zur Erstellung von Hirnaktivitätskarten, die mit denen von Kontrollgruppen verglichen werden können (<http://www.aerztezeitung.de>).

⁴ Wie die PET gehört die SPECT zu den funktionellen, bildgebenden Verfahren, die Stoffwechselabläufe im menschlichen Körper verdeutlicht (<http://flexikon.doccheck.com/de/Single-Photon-Emissions-Computertomografie>).

⁵ Die PET misst den cerebralen Blutdurchfluss (Gawrilow, 2009).

⁶ Durch den verminderten Glukosestoffwechsel kommt es zu einer Unterfunktion der Hirnaktivität, welche sich mittels Verabreichung von Stimulanzien vorübergehend korrigieren lässt. Bei Versuchen mit Jugendlichen konnte besonders bei den weiblichen Probanden mit AD(H)S eine Steigerung des Glukosestoffwechsels im Gegensatz zu dem der Mädchen ohne AD(H)S festgestellt werden (Barkley, 2002).

durch Einnahme von Medikamenten erreichen die PatientInnen mehr oder weniger das normale Durchblutungsniveau (Barkley, 2002).

Durch EEG-Untersuchungen konnte außerdem festgestellt werden, dass bei betroffenen Kindern sogenannte „Ereigniskorrelierte Potenziale“⁷ vermindert sind, wodurch es ihnen besondere Probleme bereitet, auf äußere Reize nicht zu reagieren (Gawrilow, 2009).

Dies alles spricht dafür, die Ursache der AD(H)S in hirnorganischen Veränderungen zu suchen. Trotz allem sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der Heterogenität der Ergebnisse aus diversen Studien keine genaue diagnostische Abklärung der AD(H)S auf somatischer Basis vorgenommen werden kann (Lehmkuhl et al., 2009). Auch Helbig (2011) beschreibt, dass die Verminderung des Volumens in den oben genannten Bereichen des menschlichen Gehirns sowie Durchblutungsdefizite nicht unbedingt eine pathologische Ursache für die AD(H)S darstellen. Doch woher stammen die Probleme der AD(H)S-Betroffenen nun wirklich?

1.5.3.2. Neurochemische Ursachen – Die Dopamin-Mangel-Hypothese

Schon seit Jahrzehnten hält sich bei der Suche nach den Ursachen der AD(H)S die Hypothese, dass Betroffene an einem Mangel an Überträgersubstanzen im Gehirn leiden. Diese Neurotransmitter (insbesondere Dopamin⁸ aber auch Noradrenalin⁹ und Serotonin¹⁰) stehen bei Menschen mit AD(H)S nur in geringer Konzentration extrazellulär zur Verfügung. Solche Mangelercheinungen entstehen durch eine gene-

⁷ Ereigniskorrelierte Potenziale können wie alle elektrokortikalen Potenziale vor, während und nach einem physischen Ereignis im Gehirn mittels EEG gemessen werden.

⁸ Exkurs: **Dopamin** gehört zur Gruppe der Katecholamine. Es handelt sich dabei um einen Neurotransmitter mit der Summenformel $C_8H_{11}NO_2$. Es kann seine Wirkung im menschlichen Körper sowohl über Adrenozeptoren oder die Dopamin-Rezeptoren D_1 bis D_5 entfalten. Im Bauchbereich steigert das Sympathomimetikum sowohl Bauch- als auch Nierengefäße. Dopamin wird auch im Hypothalamus produziert und dort als Neurohormon abgesondert. Es hemmt das Freiwerden von Prolactin und wirkt disinhibierend im Striatum und in den Basalganglien (<http://flexikon.doccheck.com/de/Dopamin>).

⁹ Exkurs: **Noradrenalin** gehört zur selben Gruppe der Amine wie Dopamin und besitzt die Summenformel $C_8H_{11}NO_3$ (<http://flexikon.doccheck.com/de/Noradrenalin>). Es besitzt sowohl die Funktion von Hormonen als auch vor allem die Funktion von Neurotransmittern.

¹⁰ Exkurs: **Serotonin** ist ebenfalls ein biogenes Amin mit der Summenformel $C_{10}H_{12}N_2O$. Es entsteht direkt im Gehirn und nimmt Einfluss auf beinahe alle Gehirnfunktionen wie Wahrnehmung, Schlaf, Sexualverhalten uvm. Es ist dabei zum einen als Neurotransmitter im synaptischen Spalt tätig, fungiert zum anderen als Neuromodulator (<http://catbull.com/alamut/Lexikon/Mittel/Serotonin.htm>).

tisch bedingte, erhöhte Dichte an Dopamin-Transportern, die den Neurotransmitter schneller in die Synapsen¹¹ zurückbefördern (Heinemann et al., 2006).

Das bedeutet, dass die Transmitter im synaptischen Spalt fehlen und so die Übertragung von Signalen zwischen den Endigungen von Nervenzellen nur bedingt funktioniert wodurch Störungen wie unkontrollierte Impulse (bei Dopaminmangel) oder Unaufmerksamkeit (bei Noradrenalinmangel) entstehen (Schäfer et al., 2007).

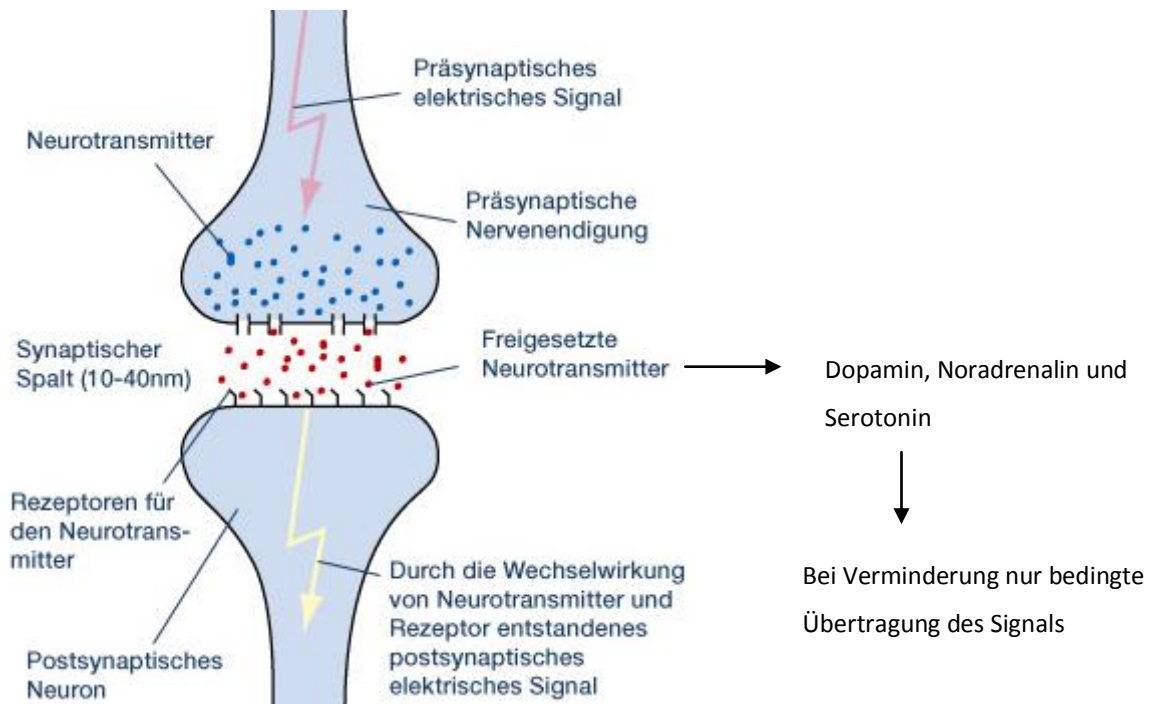


Abb. 2: Reizübertragung in den Synapsen

Problematisch an dieser Hypothese ist jedoch, dass es, wie bei vielen anderen neurochemischen Vorgängen, kaum möglich ist, Untersuchungen in den entsprechenden Hirnregionen durchzuführen, wodurch sich die Hypothese rein auf Interpretationsansätze unterschiedlicher Studien stützt (Roessner et al., 2010). Diese Hypothese gilt trotz der unzureichenden Untersuchungsergebnisse schon seit geraumer Zeit als Grundlage für die Behandlung erkrankter Kinder mit Medikamenten. Obwohl der empirische Beweis für die alleinige Schuld des Dopamin- bzw. Noradrenalinmangels an der AD(H)S fehlt, steigt der Verkauf von Medikamenten wie Ritalin und Concerta zur Behandlung dieses Mangels ständig (Heinemann et.al, 2006).

¹¹ Synapsen sind Übergangsbereiche von Nervenzellen zu anderen Zellen, sogenannten Zielzellen (Gawrilow, 2009) wie zum Beispiel Muskel-, Sinnes- oder anderen Nervenzellen.

1.5.4. Genetische Ursachen

Genetische Ursachen sollen, wie oben schon erwähnt, für den Mangel an Neurotransmittern im Gehirn von Betroffenen verantwortlich sein und allgemein besteht unter den Wissenschaftlern auch ein Konsens darüber, dass genetische Faktoren eine große Bedeutung in der Genese von AD(H)S haben. Vor allem Zwillingsforschungen und Adoptionsstudien haben ergeben, dass eineiige Zwillinge eine 70 – 80% hohe Konkordanz¹² aufweisen. Dies wiederum bedeutet, dass in Familien Verwandte ersten Grades häufig selbst von AD(H)S betroffen sind (Schäfer et al., 2007).

Lehmkuhl et al. (2009) sprechen sogar davon, dass 10 – 15% der Eltern von Kindern mit AD(H)S ebenfalls eine solche aufweisen.

Andere Autoren wiederum nennen Zahlen wie ein 2-fach bis 8-fach erhöhtes Risiko für AD(H)S bei Verwandten ersten Grades (Banaschewski, 2010).

Adoptionsstudien haben weitere interessante Befunde für die Erbllichkeit von AD(H)S erbracht, zum Beispiel dass die Häufigkeit bei den leiblichen Eltern von betroffenen Kindern wesentlich höher ist als bei ihren Adoptiveltern (Lehmkuhl et al., 2009).

Außerdem konnte eine gesteigerte Konkordanz bei biologischen Geschwisterpaaren, die in unterschiedlichen Umfeldern leben, festgestellt werden, als bei Halb- oder Stiefgeschwistern in derselben Umgebung (Banaschewski, 2010).

Selbst wenn die relativ hohe Erbllichkeit von AD(H)S allgemein bekannt ist, fällt es schwer, den Erbgang dieser Störung festzustellen. Problematisch daran ist, dass die Annahme, AD(H)S würde sich nach den klassischen Mendel'schen Regeln weitervererben, mehr oder weniger widerlegt wurde und heutzutage von einem hochkomplexen Störungsbild gesprochen wird, das durch genetische Disposition und Umweltfaktoren zustande kommt. Experten sprechen von einer multifaktoriell vererbten Krankheit (Kilgus, 2007).

Deshalb sollten bei der Ursachenforschung auch und vor allem exogene Faktoren hinzugezogen und nicht nur als Verstärkung der bereits vorhandenen Störung abgetan werden, denn man darf nicht außer Acht lassen, dass Gene und Umwelt bei der Ausprägung eines Merkmals interagieren (Banaschewski, 2010).

¹² Übereinstimmung; Auftreten eines Merkmals oder einer Erkrankung bei beiden Zwillingen (<https://www.thieme.de/viamedici/lernen/glossar/k.html>)

1.5.5. Exogene Faktoren

Zu den exogenen Risikofaktoren, die oftmals in Verbindung mit AD(H)S genannt werden, zählen Geburtskomplikationen aller Art, also post-, peri- und pränatale Komplikationen, Alkoholkonsum und Nikotinsucht sowie die Aufnahme anderer Drogen (Schäfer et al., 2007; Helbig, 2011).

Die Bundesärztekammer erläutert (2005) weiters, dass Benzodiazepin¹³, Blei, Pestizide, Quecksilber und Mangan, Allergien, Nahrungsmittelzusätze und -unverträglichkeiten, ein zu niedriges Geburtsgewicht, Infektionen, Erkrankungen und Verletzungen des Zentralen Nervensystems, ungünstige familiäre und gesellschaftliche Bedingungen das AD(H)S-Risiko erhöhen.

Im folgenden Abschnitt wird nur auf die wichtigsten Risikofaktoren eingegangen.

1.5.5.1. Geburtskomplikationen

Nur eine geringe Anzahl an AD(H)S-Erkrankungen kann nachweislich auf Komplikationen in der Schwangerschaft, vor, während oder nach der Geburt zurückgeführt werden. Vor allem Sauerstoffmangel während des Geburtsvorgangs oder durch die Verzögerung der Geburt können Schäden im Zentralnervensystem hervorrufen. Als postnatale Schädigungen kommen eher Infektionen oder Unfälle als Auslöser einer AD(H)S in Frage (Bundesärztekammer, 2005).

Nach einer Studie von Linnet et al. (2006) können auch Frühgeburten zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche ein erhöhtes Risiko mit sich bringen. Bei Kindern, die vor der 34. Schwangerschaftswoche das Licht der Welt erblicken, ist das AD(H)S-Risiko sogar dreifach erhöht. Auch bei einem Geburtsgewicht, dass etwa 2500 Gramm nicht übersteigt, liegt laut dieser Studie die Gefahr einer AD(H)S-Entwicklung höher als bei schwereren Babys.

¹³ Benzodiazepine sind Medikament-Wirkstoffe, die Schlafstörungen mildern, die durch innere Unruhe, Angst oder ähnliche Zustände hervorgerufen werden. Sie finden außerdem Anwendung als Muskelrelaxans und Antiepileptika. Sie werden in steigendem Maße als Suchtdrogen missbraucht (http://www.drogenwissen.de/DRUGS/DW_GE/benzodiazepine.shtml)

1.5.5.2. Schadstoffbelastung

Obwohl in den letzten Jahren in der Ursachendiskussion der AD(H)S die neurologischen Veränderungen im Gehirn überwiegen, sollten die oben genannten Schadstoffe, die von Kindern aus der Umwelt, dem Trinkwasser usw. aufgenommen werden, nicht komplett vernachlässigt werden. Es gibt bereits Studien, die die Wirkung von Blei, polychlorierten Biphenylen¹⁴, Pestiziden, Quecksilber und Mangan bei Aufnahme in den Körper untersuchten und auch zeigen konnten, dass das Risiko einer AD(H)S beispielsweise durch Blei, das nach wie vor in alten Wasserleitungen zu finden ist, stark gesteigert wird (Sauerbrey, 2009).

Auch für die anderen Schadstoffe gibt es bereits Studien, es sind jedoch noch weitere Forschungen nötig, um das gesamte Ausmaß des Einflusses dieser Substanzen zeigen zu können (Helbig, 2011).

1.5.5.3. Drogen, Alkohol, Nikotin

Alkohol, Zigaretten und Drogen wie Heroin, Opiumderivate etc. gelten in der Schwangerschaft allgemein als sehr gefährlich und sollten von werdenden Müttern vermieden werden. Es gibt bereits Forschungen, die den Einfluss dieser teilweise illegalen Substanzen während der Schwangerschaft auf die Entwicklung einer AD(H)S bestätigen. Dennoch konnte das Suchtverhalten von Schwangeren nicht als alleiniger Auslöser identifiziert werden (Helbig, 2011).

Kindern, deren Mütter alkoholkrank sind, haben häufiger AD(H)S, wobei man hier nicht vergessen darf, dass auch die Möglichkeit besteht, dass die alkoholkranken Mütter ebenfalls an AD(H)S leiden, da die Störung ein gesteigertes Suchtverhalten mit sich bringt. Somit würde die erbliche Komponente wieder mehr in den Vordergrund rücken (Schäfer et al., 2007).

1.5.5.4. Familiäre Situation

Stork et al. (2001) machen darauf aufmerksam, dass es in vielen Fällen von Kindern mit AD(H)S eine Korrelation zu Problemen in der Familie gibt.

¹⁴ PCB sind chemische Verbindungen, die oftmals als Weichmacher in Kunststoffen oder Dichtungs-/Isoliermassen verwendet werden. Sie werden meist in geringen Mengen mit der Nahrung aufgenommen und sind toxisch und kanzerogen (Helbig, 2011).

Nach Schäfer et al. (2007) handelt sich hierbei oftmals um Kinder, deren Väter oder Mütter nicht („broken-home“-Situation) oder nur in geringem Maße präsent sind. Alkoholranke Väter oder an psychiatrischen Problemen erkrankte Mütter sind ebenfalls keine Seltenheit in Bezug auf die Ausbildung einer AD(H)S bei Kindern.

Auch traumatisierende Ereignisse im Familienbund, wie beispielsweise der Tod von Geschwistern oder eines Elternteils, können bei der Entstehung einer AD(H)S mitwirken (Stork et al., 2001).

Als weiterer ungünstiger familiärer Faktor wird das Fehlen von Regeln und Grenzmarken betrachtet, denn besonders Kinder mit einer derartigen innerlichen, chaotischen Unruhe benötigen klare Strukturen, feste Regeln und Abläufe (Hüther et al., 2002).

1.5.5.5. Gesellschaftsabhängige Faktoren

Kinder und junge Menschen wachsen gegenwärtig in einer Zeit sehr schnellen gesellschaftlichen Wandels auf. Traditionelle familiäre Bedingungen haben sich grundlegend geändert und Erziehungsaufgaben sind zum Beispiel aufgrund der beruflichen Situation weg vom elterlichen Refugium in den Aufgabenbereich von Institutionen wie Kindergärten, Schulen, Horte etc. übertragen worden. Rasche Änderungen im Beziehungsgefüge rund um die Kinder der heutigen Zeit tragen ebenfalls ihren Teil zur Entstehung von AD(H)S bei (Mattner, 2001).

Auch die tägliche Konfrontation mit Medien jeglicher Art wird bei der Ursachenforschung der AD(H)S immer wieder erwähnt. Hierfür gibt es nach Barkley (2002) jedoch keine richtigen Beweise, sondern ganz im Gegenteil eher Gegenargumente. Gerade in der Zwillingforschung konnte der Einfluss der Medien auf das Ausmaß der Symptomatik widerlegt werden.

Resümierend kann man feststellen, dass es keine einfache Ursache für die AD(H)S gibt, sondern ein Zusammenspiel vieler Faktoren die Ausprägung der Symptome veranlasst. Nach Kilgus (2007) wird AD(H)S als eine „komplexe, genetische Erkrankung“ bezeichnet, bei der mehrere Gene an der Entstehung beteiligt sind. Die Ursachen sind in der Entwicklung des Gehirns von Kindern zu suchen, also neurobiologischen Ursprungs.

Auch psychosoziale Faktoren tragen zur Entwicklung des kindlichen Gehirns bei und können in mehr oder weniger großem Ausmaß an der AD(H)S-Entstehung Mitschuld tragen (Helbig, 2011). Und schließlich sind auch exogene Faktoren maßgeblich an der Ausprägung beteiligt, da auch diese die natürliche Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können.

Im nächsten Kapitel wird auf die genauen Ausprägungsformen einer AD(H)S eingegangen und die Symptomatik beschrieben.

1.6. Symptomatik

1.6.1. Primärsymptome

Wie bereits im Kapitel 1.2. über die Klassifikation der AD(H)S angeführt wurde, unterscheiden die gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV drei Hauptsymptome der AD(H)S. Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperaktivität und Impulsivität werden in dieser Literatur als Primärsymptome deklariert. Auffallend ist jedoch, dass von der AD(H)S betroffene Kinder meist nicht ausschließlich unter diesen drei Hauptproblemen leiden. Begleitstörungen oder auch komorbide Störungen wie Lerndefizite, Probleme im Sozialverhalten, psychische Störungen wie Angstzustände und Depressionen, aber auch körperliche Defizite wie motorische Entwicklungsrückstände treten bei Kindern mit AD(H)S nicht selten auf (Gawrilow, 2009; Heinemann et al., 2006; Mattner, 2001). Man sollte daher die Sekundärsymptome nicht außer Acht lassen, da deren Auswirkungen oft sogar schwerwiegender sein können und erst den wirklichen Handlungsbedarf darstellen.

1.6.1.1. Unaufmerksamkeit

Als problematischstes aber durchaus nicht auffälligstes Merkmal der AD(H)S gilt die Unaufmerksamkeit beziehungsweise Störungen der Konzentration. Aufmerksamkeit¹⁵ bedeutet grundsätzlich, dass eine Aufgabe mit Konzentration gelöst oder erledigt werden will. Von der AD(H)S betroffene Kinder sind nicht in der Lage, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Der Grund dafür sind Ablenkungen, mangelndes Zuhören oder Durchhalten, Spielen, Desinteresse, Gleichgültigkeit uvm. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten entstehen, wenn sich das Interesse auf umliegende, oft belanglose Objekte richtet und dadurch Fehler und Leistungsdefizite entstehen (Wagner, 2002).

Obwohl Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeit und Konzentration die weitaus größeren Auswirkungen haben, fallen sie bei nicht näherer Betrachtung weniger auf als der Drang nach Bewegung. Durch die Unaufmerksamkeit werden angeforderte Auf-

¹⁵ Aufmerksamkeit ist ein weitaus breiter gefasster Begriff als Konzentration. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, über längere Zeiträume bei einer Aufgabe zu bleiben und Wesentliches von Unwesentlichem differenzieren zu können. Beeinflussende Faktoren sind vor allem Können, Interesse und Motivation, was verschiedene Hirnfunktionen beansprucht. So zum Beispiel ist es notwendig zu planen, zu überprüfen, Gelerntes abzurufen etc. Konzentration hingegen besagt nur, dass das Bewusstsein auf eine besondere Situation fokussiert wird und andere einwirkende Reize ausgeblendet werden (Schäfer et al., 2007).

gaben weniger genau gelöst, woraus wiederum weitere Sekundärsymptome wie Lernschwächen und Lernstörungen resultieren (Wender, 2002).

1.6.1.2. Hyperaktivität

Das zweite Hauptsymptom der AD(H)S sticht bei der Beobachtung von betroffenen Kindern oftmals schnell ins Auge, denn wie das Wort Hyperaktivität bereits ausdrückt, handelt es sich hierbei um einen übermäßigen Drang nach Bewegung, der zur Diagnose von AD(H)S in ICD-10 und DSM-IV dient. Dieses Primärsymptom äußert sich vor allem durch gesteigertes Zappeln, vermehrtes Herumklettern, Herumrutschen auf Stühlen, permanentes Sprechen etc. Knölker (2001) erklärt das Phänomen der gesteigerten Aktivität anhand einer nur sogenannten vestibulären Reizsuche. Kinder, die an Hyperaktivität leiden, haben ein gesteigertes Bedürfnis nach Primitivmotorik, welches in Form von Laufen, Hüpfen, Schaukeln, Wälzen, Drehen etc. auftritt. Dieser übermäßige Drang nach Bewegung dient zur Eigenstimulation von Gleichgewichtsorganen im Innenohr. Diese exzessive Zufuhr an Reizen stellt für hyperaktive Kinder eine Form der Eigetherapie dar, um lebensnotwendige Reizanforderungen zu erhalten.

Auffallend ist, dass das Symptom „Hyperaktivität“ oftmals mit steigendem Alter abnimmt. Vor allem jüngere Betroffene weisen eine extreme motorische Unruhe auf, welche im Jugendalter typischerweise weniger wird. Die Aufmerksamkeitsstörung hingegen bleibt oft zeitlebens erhalten (Schäfer et al., 2007).

1.6.1.3. Impulsivität

Als drittes Primärsymptom der AD(H)S wird in der Literatur die Impulsivität angeführt, welche ähnlich wie die Hyperaktivität für den Beobachter vermehrt hervorsteicht (Wender, 2002).

Das impulsive Verhalten von Betroffenen kann schwerwiegende Folgen mit sich bringen, da es dazu führt, dass beispielsweise Kinder, die an der AD(H)S leiden, anfälliger für Unfälle, die durch Achtlosigkeit entstehen, sind (Heinemann et al., 2006).

Nach Schäfer et al. (2007) bringt die Impulsivität neben der gesteigerten Unfallgefahr auch Spannungen mit dem Umfeld der betroffenen Kinder mit sich. Das impulsive Auftreten von Menschen mit AD(H)S kann zu „Beleidigungen, Vorwürfe[n], Verweigerungsverhalten, Wutausbrüche[n], rasche[n] Stimmungswechsel“ (Schäfer et al., 2007, S.37) führen, was wiederum Konflikte in Gruppen auslösen kann.

Diese drei Primärsymptome der AD(H)S treten in unterschiedlichen Situationen auf und verursachen Dispute in der Familie, unter Freunden, in der Schule etc. Vor allem aber sind sie der Auslöser für weitere Schwierigkeiten, die als Sekundärsymptome bezeichnet werden, was in der untenstehenden Graphik ersichtlich wird.

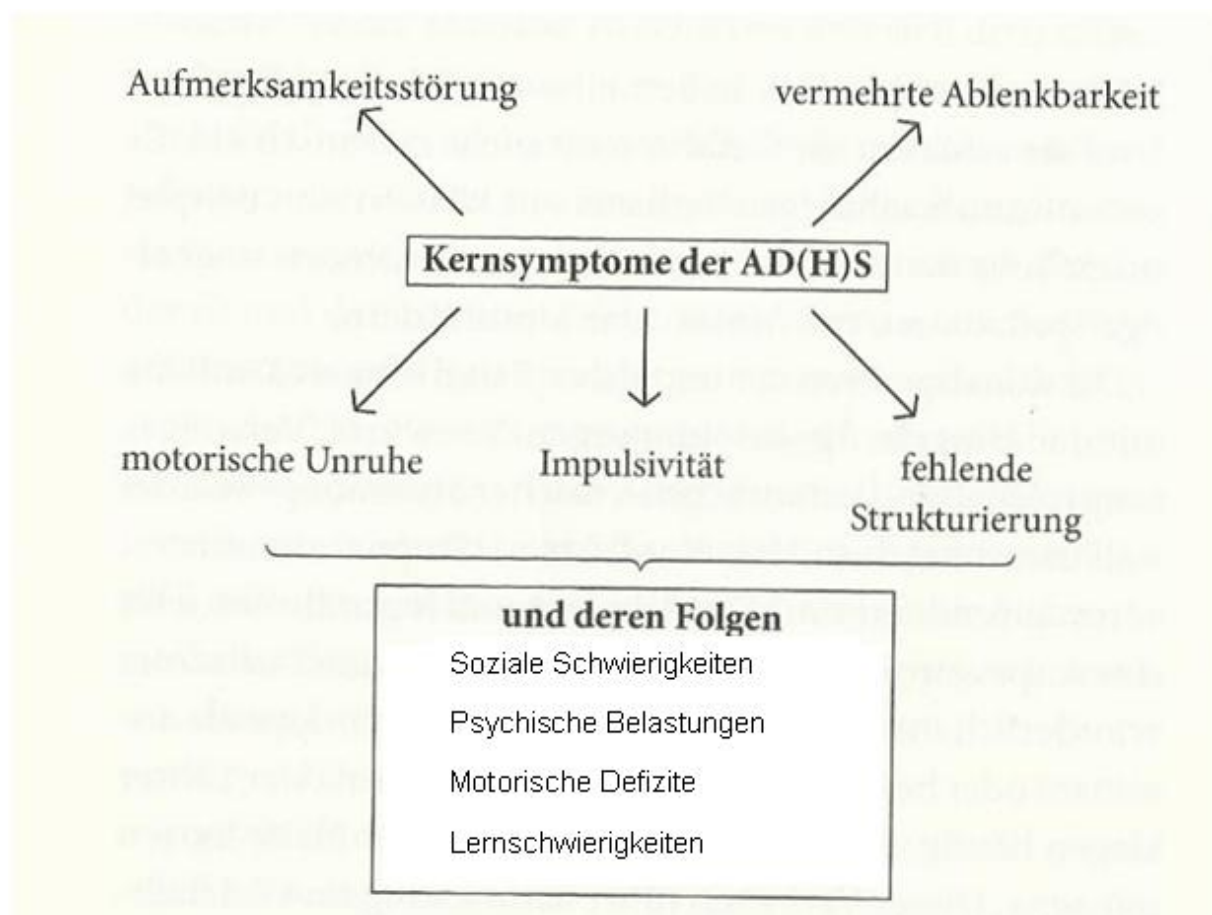


Abb. 3: AD(H)S-Kernsymptome und Folgen (Sekundärsymptome) (adaptiert Schäfer et al., 2007)

1.6.2. Sekundärsymptome

In der Literatur werden häufig die in der obigen Graphik genannten Sekundärsymptome, auch als komorbide Störungen bezeichnet, beschrieben. Vor allem soziale und schulische Defizite sowie psychische Folgen wie Angst und Depressionen durch die Belastung der AD(H)S bereiten den Betroffenen große Probleme (Heinemann et al., 2006). Hier die wichtigsten und schwerwiegendsten Sekundärsymptome:

1.6.2.1. Soziale Schwierigkeiten

Kinder mit AD(H)S sind dazu prädestiniert, Probleme in der Gesellschaft zu entwickeln. Eine der bedeutendsten Schwierigkeiten ist das aufständische Verhalten in sozialen Beziehungen. Betroffene leiden unter Distanzlosigkeit oder missachten Regeln und Normen. Letzteres wird durch eine sogenannte oppositionelle Verhaltensstörung verursacht, welche aus einer deutlich verringerten Frustrationsgrenze sowie einer Neigung zu Wutanfällen resultiert (Heinemann et al., 2006).

Oppositionelle Verhaltensstörung

Das oppositionelle Verhalten kann sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren. Zum einen bringt es Auswirkungen im schulischen Bereich mit sich, sobald die Kinder Aufgaben oder Anforderungen der Lehrpersonen missachten, zum anderen erschwert der Widerstand gegen elterliche Regeln und Anweisungen oftmals den Alltag (Gawrilow, 2009).

Ein weiteres Indiz für eine oppositionelle Verhaltensstörung ist im Umgang mit Gleichaltrigen zu erkennen. Kinder, die an der AD(H)S leiden, verhalten sich anderen Kindern gegenüber häufig dominant und unternehmen Versuche, ihre gleichaltrigen KameradInnen zu kontrollieren. Auch Aggressivität gegenüber ihren Mitmenschen ist keine Seltenheit und führt unweigerlich zum Außenseitertum und zur Unbeliebtheit. Als Gegenteil zu dieser Verhaltensstörung, was jedoch ähnliche Auswirkungen mit sich bringt, wird die bereits oben genannte Distanzlosigkeit angesehen.

Distanzlosigkeit

AD(H)S führt dazu, dass Kinder keine Grenze zwischen der eigenen Autonomie und der eines anderen erkennen können. Sie neigen teilweise zu einer übersteigerten Aufgeschlossenheit und haben Probleme mit der Zurückhaltung ihrer Gefühlswelt anderen gegenüber (Heinemann et al., 2006).

Nach Wender (2002) versuchen Kinder mit AD(H)S häufig Zuwendung und Interesse ihrer Mitmenschen zu erhalten und begeben sich dadurch in gefährliche Situationen, spielen den Clown oder legen angeberisches Verhalten an den Tag.

All diese sozialen Probleme müssen, wie dies bei beinahe allen Symptomen der Fall ist, nicht unweigerlich bei jedem von AD(H)S betroffenen Mensch vorkommen (Gawrilow, 2009). Treten sie dennoch zu Tage, gehen sie meist nicht spurlos an den Betroffenen vorbei. Vielfach ergeben sich daraus psychische Folgen, die die Emotionalität schwer belasten.

1.6.2.2. Psychische Folgen

Depression und Angst

Döpfner et al. (2000) berichten von einem bedeutend höheren Auftreten von Depressionen und Angststörungen unter Kindern mit AD(H)S im Gegensatz zu Kindern ohne Aufmerksamkeitsschwierigkeiten. Grund sind die oben angesprochenen sozialen Probleme sowie das ständige Scheitern in schulischen Situationen.

Erschwerend hinzu kommt das Öfteren, dass mangelndes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Misserfolg und soziale Unsicherheit Angst und Depressionen schüren. Eltern von Kindern die unter AD(H)S leiden bezeichnen diese neunmal häufiger als ängstlich und depressiv als Eltern von durchschnittlichen Kindern (Heinemann et al., 2006).

Wut, Aggression und Frust

In weiterer Folge können die soeben genannten Gründe für Angst und Depression auch zu Wut, Aggression und Frustration führen. Da Kinder mit AD(H)S meistens

schon grundsätzlich an einer niedrigeren Frustrationsgrenze leiden, werden durch das Scheitern in und an der Gesellschaft diese Emotionen noch weiter gesteigert.

Vermindertes Selbstwertgefühl

Was daraus resultiert ist, dass die Selbsteinschätzung Betroffener oftmals schlecht und das Selbstwertgefühl belastend niedrig ist (Wender, 2002).

Um dieses niedrige Selbstwertgefühl zu steigern, versuchen AD(H)S-Kinder in allen Disziplinen ihres Lebens, sei es im Sport oder bei Spielen, zu gewinnen oder die Besten zu sein und flüchten sich so in den Versuch, positive Rückmeldungen zu erhalten (Gerspach, 2001).

Es ist also keine Seltenheit, dass neben den Hauptsymptomen der AD(H)S mindestens noch eine oder aber sogar zwei oder mehr psychische Störungen auftreten (Barkley, 2002).

1.6.2.3. Motorische Defizite

Da Kinder mit AD(H)S an Unaufmerksamkeit leiden, können sie natürliche, ihrem Alter entsprechende Entwicklungsvorgänge nicht durchleben. Dies führt oftmals zur Retardation der motorischen Fortentwicklung (Schäfer et al., 2007).

Sowohl Grob- als auch Feinmotorik können von dieser Entwicklungsverzögerung betroffen sein. Eichlseder (1994) beschreibt die grobmotorischen Bewegungen betroffener Kinder als zu schnell und eckig. Bewegungsabläufe sind mit großem Kraftaufwand verbunden und wirken unharmonisch. Somit erscheint die Grobmotorik sehr auffällig für Beobachter.

Wender (2002) beschreibt, dass außerdem bei circa der Hälfte aller AD(H)S-Kinder feinmotorische Defizite erkennbar sind. So zum Beispiel haben sie Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten wie Schuhbänder binden, Knöpfe verschließen, Schneiden mit der Schere etc. Ähnliche Ergebnisse lieferte auch eine Studie von Heinemann et al. (2006), bei der ebenfalls ungefähr die Hälfte der Betroffenen an motorischen Defiziten litt. In dieser Studie wurde auch das Unfallpotential erhoben und es stellte sich heraus, dass über 40 % von AD(H)S-Kindern zu Unfällen neigten. Dies

muss allerdings nicht unbedingt auf die motorischen Defizite hinweisen, sondern kann, wie vorher schon erwähnt, auch auf die Impulsivität bzw. mangelnde Aufmerksamkeit oder hyperaktive Verhaltensweisen zurückzuführen sein.

Die gestörte Koordination von Bewegungsabläufen kann laut Gerspach (2001) auch auf das Unvermögen zur Entspannung von Kindern, die an AD(H)S leiden, liegen. Das Zusammenspiel von Spannung und Entspannung ist für die natürliche Entwicklung der Motorik von besonderer Bedeutung. Da Betroffene unfähig sind, sich vollends zu entspannen, kann diese Entwicklung nur bedingt funktionieren. Die AD(H)S hindert Kinder daran, sich richtig fallen zu lassen und nimmt ihnen so die Möglichkeit auf eine altersgemäße Entwicklung (Gerspach, 2001).

1.6.2.4. Lernschwierigkeiten

Zu guter Letzt hängen die Themen „Schule“ und „Lernen“ wie ein Damoklesschwert über AD(H)S-Kindern. Vor allem Teilleistungsschwächen in Mathematik, Rechtschreibung, Sprechen und Lesen sowie das Einfügen in eine Gruppe stellen eine große Problematik für Kinder mit AD(H)S dar. Selbstbeherrschung und Aufmerksamkeit sind im schulischen Bereich von höchster Bedeutung, Aufgaben die für betroffene Kinder jedoch nur sehr schwer erfüllbar sind. Sie haben Schwierigkeiten, mit den schulischen Anforderungen fertig zu werden, sich ordentlich im Klassenverband zu verhalten und dem Unterricht folgen zu können. Oftmals schaffen sie weniger Stoffumfang oder können nur geringere Leistungen erbringen als ihre MitschülerInnen und müssen aus diesem Grund Klassen wiederholen oder bekommen schlechte Noten (Barkley, 2002).

In vielen Fällen handelt es sich bei den Minderleistungen allerdings um sogenanntes Underachievement¹⁶. Dies bedeutet, dass die Kinder aufgrund ihrer geistigen Fähigkeiten zwar in der Lage wären, bessere Noten zu erbringen, dies jedoch wegen mangelnder Aufmerksamkeit oder Unkonzentriertheit nicht abrufen können. Kinder mit AD(H)S widmen sich schlichtweg weniger oder nur ungenau ihren Aufgaben, be-

¹⁶ Underachievement allgemein bezeichnet schulische Minderleistungen, die trotz durchschnittlicher oder sogar überdurchschnittlicher Intelligenz erbracht werden. Die Leistungen sind weit unter dem Niveau, zu welchem die Person aufgrund des Intelligenzquotienten eigentlich fähig wäre (Gawrilow, 2009)

folgen die Anweisungen der Lehrpersonen nicht und zeigen oft wenig Interesse für das schulische Material (Gawrilow, 2009).

Auch wenn in manchen Studien versucht wurde, eine verringerte Intelligenz von AD(H)S-Kindern zu beweisen, lässt sich bislang nur vermuten, dass das schlechtere Abschneiden der betroffenen Kinder bei Intelligenztests auf die Grundproblematik der AD(H)S zurückzuführen ist. Die Hauptsymptome an sich machen es ihnen schon unmöglich, bei normaler Intelligenz mit ihren SchulkollegInnen mitzuhalten, da ihre Aufnahmefähigkeit von den Symptomen überlagert wird und so unweigerlich ein Hinterherhinken entsteht (Barkley, 2002).

Zusammenfassend kann man erkennen, dass es sich bei der Symptomatik der AD(H)S um einen Kreislauf handelt, der von einer Problematik zur nächsten führt. Um die Frage nach Therapiemöglichkeiten klären zu können, sollte das Zusammenspiel von Faktoren immer im Auge behalten werden, damit den Kindern der Alltag erleichtert und die Symptome verringert werden können.

1.7. Wahrnehmungsstörung¹⁷

Mattner (2002) bezeichnet die Störungen der Wahrnehmung als inkorrekte Aufnahme von äußeren Reizen und der fehlerhaften Weiterverarbeitung zu sinnvollen Informationen. Weiters zählt er das Unvermögen zur adäquaten Reaktion auf solche Reize zu dieser Problematik.

Für die natürliche Entwicklung von Kindern ist es notwendig, die Sensomotorik sowie die Sinne zu fördern. Kinder mit AD(H)S leiden vor allem im Bereich des Bewegungs-, Berührungs- und Gleichgewichtssinnes, sowie in der Tiefensensibilität unter Beeinträchtigungen. Druck, Schmerz, Wärme und Kälte sowie Vibration sind besonders wichtige Parameter in Bezug auf Wahrnehmung und bei Kindern mit AD(H)S nicht ausreichend stimuliert. Dies bedeutet, dass Betroffene besonders starke Reize in diesen Bereichen benötigen, um ähnliche Stimulation zu erfahren, wie Kinder mit normaler Wahrnehmung (Gabriel, 2002).

Auswirkungen der Wahrnehmungsstörungen finden Kinder mit AD(H)S vor allem in der Schwierigkeit, einwirkende Reize richtig interpretieren zu können. Sie haben große Schwierigkeiten, Informationen von außen zu gewichten, das heißt, dass grundsätzlich jede Einwirkung für sie gleichwertig ist. Dies führt dazu, dass sie beispielsweise beim Lösen von Situationen nicht wissen, wo sie Prioritäten setzen sollen und dadurch Aufgaben oft nur teilweise oder fehlerhaft erledigen können (Bolvansky, 2002).

Paradoxerweise sind von der AD(H)S betroffene Kinder aufgrund dieser permanenten Unterstimulation der Körpersinne auf der ständigen Suche nach Reizen (Kiphard, 1993). Aus diesem Grund werden ihnen in verschiedenen psychomotorischen Therapien Reize dargeboten und Angebote zur adäquaten Bewegung gemacht. Auch das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten bietet den Kindern die Möglichkeit, äußere Reize bewusst erleben zu können und so ihre Sinne zu stimulieren. Mehr dazu aber später.

¹⁷ Wahrnehmungsstörungen zählen hier nicht zu den Sekundärsymptomen. Sie werden in dieser Diplomarbeit als Begleiterscheinung der AD(H)S angeführt.

1.8. Therapiemöglichkeit

Wie divers das Störungsbild von AD(H)S-Kindern wirklich ist, wurde im vorigen Kapitel bereits gezeigt. Dass hierbei eine einfache Behandlung nicht zielführend ist, liegt offensichtlich auf der Hand. Um betroffenen Kindern tatsächlich Hilfe leisten zu können, muss sich eine Therapie wie verschiedene Puzzleteile zusammensetzen. Einerseits sollten alle Beteiligten informiert und aufgeklärt werden, zum Beispiel im Zuge von Beratungsgesprächen für Eltern und Lehrer, andererseits muss dem Kind eine spezifische Therapie zuteilwerden und alle Symptome, also auch die Begleitsymptome, müssen entsprechend behandelt werden (Schäfer et al., 2007).

Häußler (2002, S.136) spricht von einem regelrechten „Labyrinth der therapeutischen Möglichkeiten“, durch das sich Eltern von Kindern, die an der AD(H)S leiden, wühlen müssen, um die passenden therapeutischen Maßnahmen ergreifen zu können. Problematisch ist allerdings, dass die meisten Möglichkeiten an Therapien nur einen geringen Anteil der vielfältigen Symptome behandeln. So zum Beispiel besteht die Möglichkeit, Motorik, psychische Probleme, Wut und Aggressionen oder familiäre Schwierigkeiten getrennt voneinander zu behandeln. Die gesamte Symptomatik wird jedoch bei den meisten der folgenden Therapien nicht angesprochen.

1.8.1. Maßnahmen im alltäglichen Leben

Man könnte davon ausgehen, dass hier an erster Stelle die medikamentöse Behandlung der AD(H)S angeführt wird. Da jedoch Medikation im Kindesalter allgemein abgelehnt werden sollte, werden eingangs Möglichkeiten zur Bewältigung des Alltags auf pädagogischer Ebene präsentiert.

Stork et al. (2001) postulieren, dass vor allem der Familie bei der Behandlung der AD(H)S eine gewichtige Rolle zuzusprechen ist. Der familiäre Zusammenhalt sollte betroffenen Kindern Liebe, strukturelle Vorgaben, aber auch Regeln und Konsequenzen bieten. Wenn Eltern durch die Situation, die aufgrund der Erkrankung ihres Kindes entsteht, überfordert sind, so können sie die von ihnen geforderten Aufgaben nicht erfüllen. Ohne die nötige Aufmerksamkeit, Liebe und familiäre Struktur können sich die typischen AD(H)S-Symptome jedoch erst so richtig entfalten. Wichtig ist also, dass Eltern in Form von Elterntrainings oder Familientherapien auf die schwierige Aufgabe vorbereitet werden und später auch Begleitung erfahren.

Nach Gawrilow (2009) sollte für Eltern, Lehrpersonen und auch für den Betroffenen selbst die Möglichkeit, eine sogenannte Psychoedukation zu genießen, zur Verfügung stehen. In einem solchen Beratungsgespräch wird grundsätzliches Wissen über eine psychische Störung, wie sie bei der AD(H)S vorliegt, vermittelt. Vor allem Eltern können durch die Psychoedukation eine Entlastung erfahren, da sie von Schuldvorwürfen mehr oder weniger befreit werden. Es ist also notwendig, im Rahmen eines Gesprächs die genetische Komponente der Krankheit in den Vordergrund zu stellen und die effektivsten Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen.

Caterina Gawrilow (2009) fasst in ihrem Werk „ADHS“ die nach Paul Wender und Dieter Krowatschek bewährtesten Maßnahmen zusammen, die von Eltern im Alltag angewandt werden können, um das gemeinsame Leben zu erleichtern. Hierzu gehören:

- ein Gespräch mit den Lehrpersonen führen und versuchen, eine gute Kooperation mit Kindergarten oder Schule aufrechterhalten
- den Tagesablauf so strukturieren, dass er jeden Tag annähernd gleich ist (Aufstehen, Mittagessen, Erledigung der Hausaufgaben etc.)
- viel Lob für kleine Erfolge des betroffenen Kindes aussprechen
- „Verstärkerpläne“ erarbeiten (das Sammeln von Pluspunkten bei positiv absolvierten Aufgaben; wenn eine bestimmte Summe von Punkten erreicht wird, darf sich das Kind eine immaterielle Belohnung, wie beispielsweise einen Familienausflug, aussuchen)
- das Planen und Durchführen von Auszeiten in ausweglosen Lagen (wenn zum Beispiel die Streitigkeiten zwischen Eltern und Kind eskalieren, soll das Kind aus dem Geschehen herausgenommen werden und in einer reizarmen Umgebung zur Beruhigung kommen)
- das Aufstellen von Regeln, die nicht missverstanden werden können und wo das Kind schon vorher über etwaige Konsequenz bei Missachtung informiert ist

All diese Maßnahmen haben als gemeinsames Ziel die klare Strukturierung von Abläufen und Aufgaben, die dabei helfen sollen, dem Kind den Alltag zu erleichtern.

Als weitere Möglichkeit, um Schwierigkeiten im Alltag zu beseitigen, dienen die obengenannten Elterntrainings. In diesen Ausbildungen erfahren Eltern, wie sie in

bestimmten familiären Problemsituationen pädagogisch richtig intervenieren können. Weiters wird trainiert, wie man geregelte Strukturen in der Familie einhalten kann, wann und wie stark gelobt werden soll und wann und wie stark Konsequenzen gezogen werden sollen etc. (Döpfner et al., 2000).

Elterntrainings dienen nicht nur dazu, sich mit schwierigen Alltagssituationen gezielter auseinandersetzen zu können, sondern bieten durch die Methode des Gruppentrainings auch die Möglichkeit, sich mit anderen Eltern austauschen zu können. Dies hilft dabei, Stress abzubauen und die Belastung zu senken (Gawrilow, 2009).

Als weitere Möglichkeit zur Verbesserung der familiären Situation soll das „Acht-Schritte-Programm zur Überwindung von Verhaltensproblemen“ nach Barkley (2002) dienen. Der Autor Russell A. Barkley schreibt in seinem Werk „Das große ADHS-Handbuch für Eltern“ (2002), dass es für die AD(H)S zwar nach wie vor keine effektiven Heilmittel gibt, dennoch anhand von acht Prinzipien eine deutliche Entspannung der Situation eintreten kann. Bei 70 % der Familien, die dieses Programm erprobt haben, machte sich tatsächlich ein Fortschritt bemerkbar. Voraussetzungen für das Acht-Schritte-Programm sind, dass das Kind zwischen zwei und zehn Jahren alt ist, eine normale Sprachentwicklung aufweist, keine Entwicklungsstörung wie Autismus oder psychotische Störung wie Schizophrenie diagnostiziert wurde und nicht übermäßig aufsässig ist. Nur Eltern, die selbst dazu bereit sind, Veränderungen einzugehen, sollten dieses Programm durchführen, da ansonsten die Wirkung ausbleiben wird. Das gesamte Programm nimmt in etwa acht Wochen in Anspruch, da für jeden Schritt ungefähr eine Woche benötigt wird.

1. Schritt: Geben Sie Ihrem Kind positive Zuwendung

Positive Aufmerksamkeit ist das, wonach jedes Kind strebt. Erhält es diese positive Aufmerksamkeit nicht, so bemüht es sich um negative Achtung. Als Eltern von Kindern mit AD(H)S sollte man sich jeden Tag 20 Minuten Zeit nur für das betroffene Kind nehmen, um ihm die notwendige Aufmerksamkeit zuteilwerden lassen zu können. In dieser Extrazeit soll beispielsweise mit dem Kind gespielt werden, jedoch auf gar keinen Fall sollen Fragen gestellt oder Anweisungen erteilt werden. Ein anerkennendes Lob und ruhige Worte sollen das Spielen begleiten.

2. Schritt: Setzen Sie die Aufmerksamkeit gezielt ein

Nach jeder erledigten Aufgabe oder Anweisung, die das Kind befolgt hat, soll es nun im zweiten Schritt die gleiche positive Aufmerksamkeit erhalten, wie sie es im ersten Schritt während des Spielens erlebt hat. Auch hierbei sind Fragen oder zu viele Anweisungen nur belastend. Bei besonders guter Erledigung von Aufgaben kann dem Kind durchaus eine Belohnung gegeben werden. In dieser Woche lernt das Kind, dass es auf positive Arbeiten positive Aufmerksamkeit erhält und es liegt an den Eltern, das Befolgen von Regeln mit dem Kind gemeinsam zu üben. In diesem Stadium des Programms geschieht das Üben durch kleine Bitten an das Kind, die leicht erfüllbar sind.

3. Schritt: Geben Sie effektivere Anweisungen

Dieser Schritt soll dazu dienen, dass Eltern lernen, wie man richtig Anweisungen gibt. Wichtig ist vor allem, dass man nicht zu viele Aufträge auf einmal erteilt, dass Anweisungen nicht in Bitten oder Fragen verpackt sind, sondern direkt gestellt werden und dass das Kind die Anweisung wiederholen kann, also es nicht abgelenkt war.

4. Schritt: Bringen Sie Ihrem Kind bei, Sie nicht bei Ihren Aktivitäten zu stören

In diesem Schritt muss deutlich gemacht werden, dass man etwas Wichtiges zu tun hat und nicht gestört werden will. Dabei ist es von großer Bedeutung, dies vorher mit dem Kind abzuklären (zum Beispiel vor einem Telefonat) und dem Kind in der Zwischenzeit eine Aufgabe oder Beschäftigung zukommen zu lassen. Wenn das Kind nicht stört, muss es sofort und ausgiebig gelobt werden.

5. Schritt: Führen Sie ein Belohnungssystem ein

Für die Erfüllung von Aufgaben, Regeln und Pflichten soll das Kind Punkte sammeln können, die es bei Erreichen einer bestimmten Zahl in eine Belohnung umwandeln kann. Die Belohnungen müssen vorher gemeinsam mit dem Kind zusammengestellt werden (Bsp.: Kinobesuch, Spielzeug kaufen, Familienausflug etc.). Man kann für besondere Aufgaben auch mehrere Punkte verteilen, solange das gesamte System vorher mit dem Kind besprochen und ausgemacht wurde. Es muss also wissen, für welche Aufgabe es wie viele Punkte erhält.

6. Schritt: Bestrafen Sie konstruktiv

Ein bis zwei Wochen nach der Einführung des Belohnungssystems kann damit begonnen werden, bei negativem Verhalten des Kindes Punkte abzuziehen. Auch dies muss klar mit dem Kind besprochen werden und es müssen konkrete Punkteabzüge für Fehlverhalten ausgemacht werden. Anfangs sollte darauf geachtet werden, dass nicht zu oft Punkte abgezogen werden, damit für das Kind nicht der Reiz an diesem Programm verloren geht. Außerdem sollte in dieser Phase mit der Einführung von Auszeiten für besonderes Fehlverhalten begonnen werden. Das Kind muss hierbei eine bestimmte Zeit lang das unangebrachte Verhalten an einem ruhigen Platz überdenken.

7. Schritt: Dehnen Sie die Verwendung von Auszeiten aus

In den nächsten Wochen soll am Belohnungssystem und an den Auszeiten weitergearbeitet werden.

8. Schritt: Lernen Sie einen effektiven Umgang mit Ihrem Kind in der Öffentlichkeit

Sofern der bisherige Teil des Acht-Schritte-Programms im familiären Umfeld gefruchtet hat, kann nun dazu übergegangen werden, dieselben Methoden in der Öffentlichkeit anzuwenden. Wichtig sind auch hier wieder viel Lob für Positives, klare Anweisungen, ein Belohnungssystem sowie Punkteabzug und/oder Auszeiten bei Nichteinhalten der Regeln.

Nach der Realisierung dieses Programms sollte sich das Verhalten der betroffenen Kinder merklich verbessert und auch das Selbstvertrauen sowie die Sicherheit der Eltern stabilisiert haben. Man darf jedoch nicht vergessen, dass AD(H)S eine Erkrankung ist, für die das Kind nichts kann und man sollte bereit sein, sich und dem Kind kleine Fehler zu verzeihen (Barkley, 2002).

Anhand dieses Acht-Schritte-Programms, der Elterntrainings und anderer Maßnahmen und Möglichkeiten zur Erleichterung des Alltags ist erkennbar, dass Eltern und Familie eine besondere Rolle in der Entwicklung eines Kindes, das an der AD(H)S leidet, spielen. Ohne die elterliche Hilfe und Zuwendung wird eine Besserung der Störung nur sehr schwer und wenn dann nur bedingt eintreten. Eltern sind normalerweise engste Vertraute des betroffenen Kindes und aus diesem Grund immer in jegliche Art von Therapie einzubeziehen (Passolt, 2001).

1.8.2. Pädagogisch-psychologische Therapien

Da die Probleme der AD(H)S auch im schulischen Kontext negative Auswirkungen mit sich bringen ist es sinnvoll, pädagogisch-psychologische Maßnahmen zu ergreifen. Diese können zum Beispiel Konzentrations-, Gedächtnis- und Lernstrategietrainings sowie Trainings zur Selbstregulation beinhalten. Im Folgenden werden die soeben genannten Trainings nach Gawrilow (2009) kurz erläutert:

Konzentrationstrainings werden im Normalfall in extra dafür eingerichteten Förderstunden angeboten, können aber auch im Regelunterricht durchgeführt werden. Ziel ist es, die Aufmerksamkeit zu steigern sowie Arbeitsverhalten und –stil zu verbessern und effektiver zu gestalten. Eine vierwöchige Anwendung von zehn bis fünfzehn Minuten täglich reicht aus, um Verbesserungen zu erreichen. Um gezielte Übungen anwenden zu können, wurden im Marburger Konzentrationstraining¹⁸ Kopiervorlagen veröffentlicht.

Mittels Gedächtnis- und Lernstrategietraining kann Kindern, die an der AD(H)S leiden, beigebracht werden, wie sie Strategien, die für andere Kinder natürlich und intuitiv sind, anwenden können. Die Möglichkeiten zur Verbesserung der Merkfähigkeit sind vielfältig, so zum Beispiel gibt es im Bereich der Gedächtnistrainings Strategien wie:

- das Clustern von Begriffen (Einteilung nach Einheiten),
- die Listenbildung (Listen wie Zahlenreihen werden mit zu lernenden Begriffen verbunden),
- die Schlüsselwortmethode (unbekannte Vokabel werden mit ähnlich klingenden bekannten Worten verknüpft) und
- das Erzeugen von Bildern (Inhalte werden mit mentalen Bildern verknüpft).

Außerdem ist es hilfreich, Lernstrategien zu trainieren. Auch hier gibt es eine große Auswahl an Möglichkeiten wie beispielsweise:

- das Bewusstmachen von eigenen Schwächen und Stärken,
- das Planen und Vorgehen, um ein Ziel erreichen zu können,
- das Erlernen von Strategien zur Autoevaluation etc.

¹⁸ Materialien zum Marburger Konzentrationstraining können online auf: <http://www.marburgerkonzentrationstraining.de/> abgerufen werden.

All dies muss in Gedächtnis- und Lernstrategietrainings geübt werden, da dies für Kinder mit AD(H)S nicht automatisch durchführbar ist.

Unter Selbstregulationstrainings versteht man das Erstellen von Wenn-Dann-Plänen. Dies bedeutet, dass AD(H)S-Kinder Strategien entwickeln, die sie zur Unterdrückung von impulsiven Verhalten im Unterricht anwenden. Als Beispiel sei hier folgender Satz angeführt: „**Wenn** ich die Antwort auf die Frage meines/r Lehrers/in weiß, **dann** zeige ich auf und warte bis ich dran genommen werde!“ Auch dies ist nicht selbstverständlich und muss gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt und geübt werden (Gawrilow, 2009).

1.8.3. Kognitive Verhaltenstherapien

Eine kognitive Verhaltenstherapie umfasst vor allem das Kindtraining, sollte jedoch wie bei jeder Therapie auch von einem Elterntraining begleitet werden. Sie dient dazu, Aufmerksamkeit und Geduld zu schulen und beinhaltet verschiedene Bausteine, die zum Erfolg führen. Nach Döpfner et al. (2000) ist der erste dieser notwendigen Bausteine das Spieltraining, bei dem die Intensität und die Ausdauer im Spielverhalten gesteigert werden soll. Das Spieltraining gilt als Grundlage für weitere Trainings, sofern diese aufgrund des Alters des betroffenen Kindes noch nicht angewandt werden können.

In weiterer Folge versucht man, durch das Selbstinstruktionstraining dem Kind die Fokussierung der Aufmerksamkeit beizubringen, indem es handlungsanleitende Gespräche während der Realisierung von Aufgaben führt. Impulsives Handeln und Denken kann durch das Vorsprechen von Handlungsabfolgen besser kontrolliert und unterdrückt werden (Döpfner et al., 2000).

Ähnliche Ziele haben auch die oben genannten Selbstregulationstrainings, die ebenfalls der Kontrolle von impulsiven Verhalten dienen (Döpfner et al., 2000).

Eine weitere wichtige Möglichkeit als Verhaltenstherapie sind außerdem Selbstmanagementtrainings. Diese unterstützen die Beobachtung des eigenen Verhaltens und sollen in schwierigen Situationen als Anleitung zur richtigen Reaktion dienen. Durch diese Methode kann trainiert werden, wie das Kind angemessen auf Reize reagiert (Döpfner et al., 2000).

All diese Möglichkeiten der kognitiven Verhaltenstherapien sind nur sinnvoll, wenn sie für das von der AD(H)S betroffene Kind auch im Alltag angewandt werden können. Deshalb sollte in den Trainings auch die Transferierung in die Lebenswelt der Kinder geübt werden (Gawrilow, 2009).

1.8.4. Medikation

Wie im Kapitel über die neurochemischen Ursachen von AD(H)S bereits erwähnt wurde, dient die Dopamin-Mangel-Hypothese seit vielen Jahren als Grundlage für die Verabreichung von Medikamenten, um die AD(H)S zu therapieren. Die verwendeten Psychostimulanzien¹⁹ greifen ins zentrale Nervensystem ein und beeinflussen die Dopamin- bzw. Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt. Es handelt sich hierbei um Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat, der zur Gruppe der Amphetamin-Derivate gehört. Die Präparate werden unter den Handelsnamen Ritalin®, Concerta® oder Medikinet® an die PatientInnen verkauft und bewirken eine Verbesserung der Konzentration und eine gesteigerte Kontrolle des Verhaltens (Heinemann et al., 2006).

Die Wirkung von Methylphenidat ist allerdings zeitlich begrenzt, da der Wirkstoff bereits nach einer halben Stunde seine Reaktion zeigt, sie aber auch schon nach drei bis vier Stunden wieder verliert. Mittlerweile ist es sogar gelungen, die Wirkungszeit auf sieben bis zehn Stunden zu verlängern. Die medikamentöse Therapie der AD(H)S mittels Methylphenidat ist aber nicht ungefährlich. Von Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, übermäßiger Sedierung²⁰, Kopfschmerzen, gastrointestinalen Problemen, eingeschränktem Wachstum und Tic-artigen Symptomen wird häufig berichtet (Heinemann et al., 2006; Gawrilow, 2009).

Aus diesen Gründen und aufgrund der fraglichen Erhöhung der Suchtgefahr durch Amphetamine (sind zum Beispiel auch in Ecstasy enthalten), versuchen immer mehr Eltern, eine Medikation zu vermeiden. Außerdem wird von sogenannten Rebound-Effekten nach der Verabreichung von Methylphenidat gesprochen, was bedeutet,

¹⁹ Diese Substanzklasse hat anregende Wirkung auf den menschlichen Organismus, sie bewirken eine Verbesserung der nervlichen Aktivität. Zu diesen Substanzen zählen zum Beispiel neben Methylphenidat auch Nikotin (Gawrilow, 2009).

²⁰ Unter Sedierung versteht man die Beruhigung des zentralen Nervensystems durch Beruhigungsmittel (<http://wissen.woxikon.de/sedierung>).

dass die typischen Symptome der AD(H)S nach dem Abklingen der Wirkung des Medikaments gesteigert auftreten. Weiters gilt ein Drittel der Weltbevölkerung als immun gegen Methylphenidat, das heißt nur etwa 25-30 % der Menschen sind Responder. In den letzten Jahren wurde zur Behandlung von AD(H)S ein weiterer Wirkstoff namens Atomoxetin eingesetzt. Die Wirkungsweise ähnelt jener von Methylphenidat, bezieht sich jedoch auf den Noradrenalin Spiegel im synaptischen Spalt und nicht auf den Dopaminspiegel. Auch in diesem Fall spricht ein Drittel der Menschen nicht auf die Behandlung an und aufgrund der fehlenden Langzeitstudien kann man noch keine Aussagen über die tatsächliche Wirkung von Atomoxetin auf die AD(H)S-Symptomatik machen (Gawrliow, 2009).

Vorteile der medikamentösen Behandlung von AD(H)S sind vor allem das rasche Eintreten der Unterdrückung der typischen Symptome und der finanzielle Aspekt. Ritalin® und ähnliche Medikamente sind günstig im Vergleich zu Psychotherapien oder anderen alternativen Therapiemöglichkeiten (Heinemann et al., 2006).

In der Literatur werden in den letzten Jahren vor allem die multimodalen Therapieansätze immer stärker propagiert. Dabei handelt es sich um eine Kombination aus Verhaltenstherapien diverser Arten und der zusätzlichen Gabe von Psychostimulanzien (Döpfner et al., 2000).

Es ist unbestritten, dass Ritalin® und ähnliche Präparate wirken (Heinemann et. al., 2006), ob sie allerdings tatsächlich notwendig sind oder ob eine Kombination verschiedener alternativer Therapieformen nicht sinnvoller wäre, bleibt fraglich.

1.8.5. Tiergestützte Therapien

Im englischsprachigen Raum sind Tiere seit längerer Zeit in vielerlei therapeutische Maßnahme inkludiert. Es wird zwischen der AAT (Animal Assisted Therapie), also der tiergestützten Therapie, und den AAA (Animal Assisted Activities), den auf Deutsch übersetzten tiergestützten Aktivitäten, unterschieden. Die zuletzt genannten Aktivitäten dienen der Besserung der Lebensqualität durch die Mensch-Tier-Interaktion, während die AAT auf therapeutische und pädagogische Heilung abzielen. Eine Durchführung der tiergestützten Therapie erfolgt durch einen ausgebildeten Therapeuten und einem für diese Zwecke ausgebildetem Tier. Neben Begleithunden

für blinde Menschen finden vor allem auch Therapiepferde immer größere Verwendung in der tiergestützten Therapie. Mittlerweile hat sich diese Therapiemöglichkeit auch auf den gesamten deutschsprachigen Raum ausgebreitet und findet großen Anklang (Horstmann, 2010).

Im nächsten Abschnitt der vorliegenden Diplomarbeit wird eingehend auf die Therapiemöglichkeiten des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens eingegangen. Ziel ist es, die Vorteile dieser Therapieform zu erläutern und zu beweisen. Die tiergestützte Therapie durch das Medium Pferd spricht neben vielen anderen Erkrankungen auch große Bereiche der Symptomvielfalt der AD(H)S an und hat auf die meisten der durch die Störung ausgelösten Schwierigkeiten positive Auswirkungen.

1.9. HEILPÄDAGOGISCHES VOLTIGIEREN UND REITEN

„Die Seele eines Pferdes zeigt sich nur Denjenigen, die sie suchen.“

Gustav Rau (1880-1954)

Mit diesem treffenden Zitat beginnt der zweite Teil dieser Diplomarbeit. Unter „Heilpädagogischem Voltigieren und Reiten“ versteht das Österreichische Kuratorium für therapeutisches Reiten eine „ressourcenorientierte Förderung und ein prozessorientiertes Begleiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Hilfe eines Therapiepferdes“.

Unter diesem Begriff werden also pädagogische, psychotherapeutische, psychologische, soziointegrative sowie rehabilitative Therapiemöglichkeiten bei Behinderung und Störungen unterschiedlichster Art für Menschen aller Altersklassen zusammengefasst. Hierbei stehen allerdings nicht die sportlichen Aspekte im Vordergrund der Therapie, sondern individuelle Förderungsmaßnahmen durch das Medium Pferd (Schulz, 2005a).

Kinder mit besonderen Eigenschaften erfahren durch den günstigen Einfluss der Therapie eine Verbesserung in der individuellen Entwicklung, im allgemeinen Wohlbefinden sowie im Sozialverhalten. Der Mensch wird als Individuum ganzheitlich angeregt, also sowohl körperlich, als auch emotional und auf geistiger und sozialer Ebene. Vor allem das Gefühl des Bewegtwerdens und Sich-Tragen-Lassens auf dem Rücken der Pferde und die oftmals engen Beziehungen zu Tier und Therapeut nehmen einen positiven Einfluss auf die individuelle Entfaltung und Überwindung der alltäglichen Schwierigkeiten (Österreichisches Kuratorium für therapeutisches Reiten).

Im Folgenden wird nun auf die Vorteile, die Begriffsdefinition und –abgrenzung, die geschichtliche Entwicklung, die gängigsten Methoden, Inhalte und Ziele etc. der therapeutischen Arbeit mit dem Medium Pferd eingegangen. Darauf folgt der Versuch, die tatsächliche Wirkung des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens durch eine empirische Untersuchung zu beweisen und die Verbesserung der Situation von Kindern, die von der AD(H)S betroffen sind, zu zeigen.

1.9.1. Begriffsdefinition und –abgrenzung

Wie sich das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren beschreiben lässt, wurde im obigen Abschnitt bereits dargelegt. Allgemein gilt, dass das HPV/R eine der drei Säulen des therapeutischen Reitens, neben der Hippotherapie und dem Behindertenreitsport, darstellt, wobei die Grenzen zwischen den drei Bereichen oftmals fließend sind (Ihm, 2004). In der folgenden Abbildung von Carl Klüwer (2005) kann der Unterschied zwischen den drei Teilbereichen abgelesen werden.

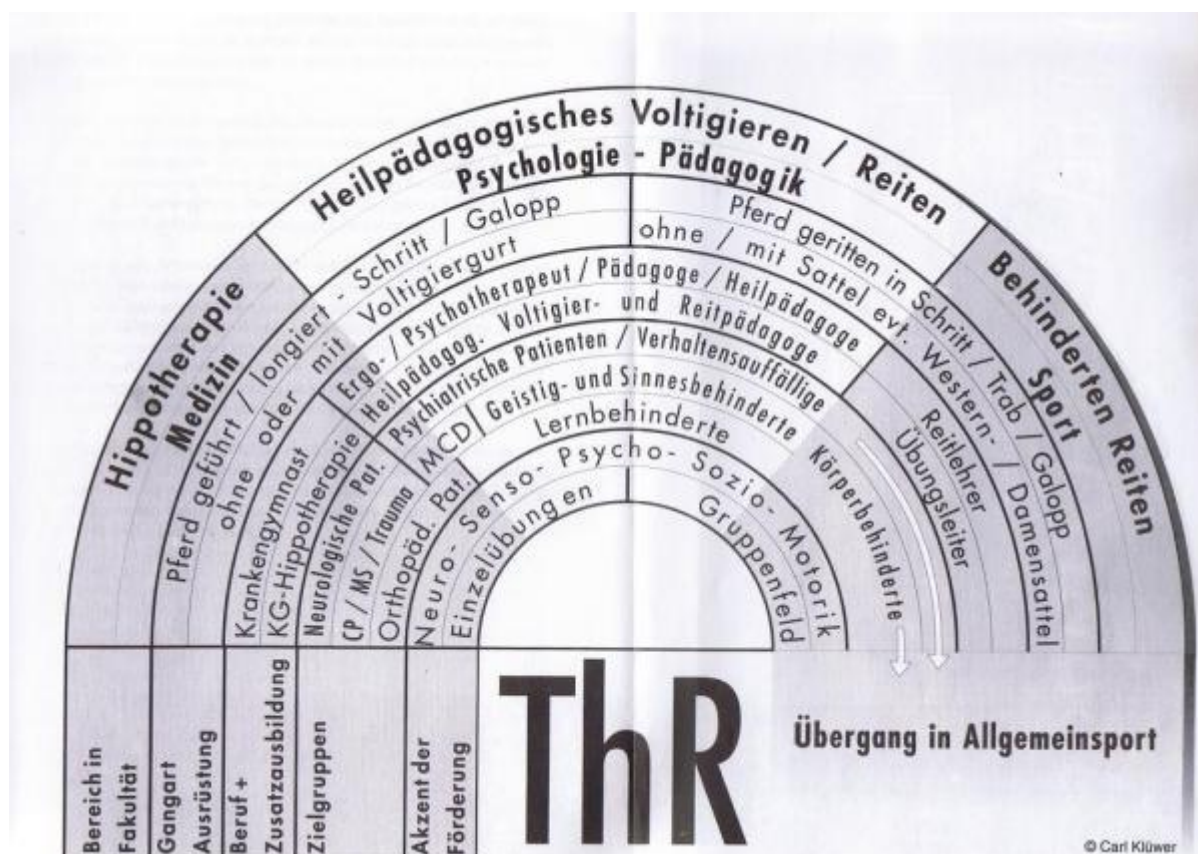


Abb. 4: Die drei Säulen des therapeutischen Reitens (Klüwer, 2005)

In der Hippotherapie spielt das Pferd eine besondere Rolle als physio-therapeutische Maßnahme in erster Linie zur Behandlung von neurologischen Symptomen. Besonders in der Therapie von PatientInnen nach Schädel-Hirn-Verletzungen, Schlaganfällen, Hirnschädigungen wie der Cerebralparese oder beim Auftreten von Multipler Sklerose kommt die Hippotherapie als ergänzendes Behandlungskonzept zum Tragen. Diese therapeutische Maßnahme wird grundsätzlich vom behandelnden Arzt

verordnet und von speziell ausgebildeten Physiotherapeuten durchgeführt (<http://cdn1.vol.at/2005/10/Hippotherapie.pdf>).

Der Behindertenreitsport befasst sich eher mit der sportlichen Komponente des therapeutischen Reitens und befindet sich im Übergangsbereich zum Allgemeinsport. Unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse werden dem behinderten Menschen der Umgang und die Arbeit mit dem Pferd näher gebracht. Das Therapiepferd kann hierbei beispielsweise als Sehhilfe für Blinde oder Gehhilfe für motorisch beeinträchtigte Menschen dienen (Ihm, 2004).

Dazwischen liegt der Bereich des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens, bei dem auf die pädagogisch-psychologische Komponente vermehrt eingegangen wird, wobei die spielerische Arbeit mit dem Pferd im Vordergrund steht. Es gilt als Methode zur Förderung von Verhaltensauffälligkeiten, Behinderungen, psychischen Störungen oder Lerndefiziten. Sowohl beim Reiten als auch beim Voltigieren handelt es sich um eigenständige Bereiche des Pferdesports, die als Therapieformen angewandt werden können (Pietrzak, 2001).

Nach Marianne Gängs ersten Beobachtungen zu dieser Therapieform sammelten Kinder auf selbstverständliche Art und Weise grundsätzlich folgende positiven Erfahrungen:

- „sich selbst zu überwinden, sich abzuhärten aus Liebe zum Tier, weil das Pferd ohne Ausnahme bei jedem Wetter und zu ganz bestimmten Zeiten gefüttert und gepflegt sein wollte;
- gegenseitige rücksichtsvolle Kontaktnahme und Auseinandersetzung zu spüren, positive *und* negative Erfahrungen zu machen;
- erfüllte Freizeit ohne Langeweile zu erleben, in der wenig Verlangen nach den üblichen Freizeitgenüssen der meisten Schulkameraden aufkam; dafür bereit zu sein auch (als angenehme Nebenerscheinung) zu intensiveren Schulleistungen;
- Kontakt zu gleichdenkenden und gleichfühlenden Kameraden zu finden, was zu Freundschaften führte, die bis ins Erwachsenenalter anhalten;
- Kinderträume und Abenteuerlust in Wirklichkeit umzusetzen, ohne Anstoß bei der Umwelt zu erregen, weil sie erst nach gründlicher Überlegung und Pla-

nung in der Verantwortung dem Tier gegenüber durchgeführt wurden, dann aber volle, genussreiche Erfüllung ermöglichten.“ (Gäng, 2004, S. 27/28)

Auf der Basis dieser Erkenntnisse haben Marianne Gäng und auch andere AutorInnen viele umfassende Werke zum therapeutischen Reiten verfasst und somit das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten nachhaltig geprägt.

1.9.2. Geschichtliche Entwicklung des therapeutischen Reitens

Schon in der Antike war das Pferd als Begleiter des Menschen bekannt und wurde anfangs als Reit- und Nutztier eingesetzt. Schon Feldoberst Xenophon, der von 430 bis 354 vor Christus lebte, bearbeitete in seinen Forschungen über die Reitkunst die physischen Wechselwirkungen zwischen Pferd und Reiter und die soziale und emotionale Komponente des Menschen. Für ihn waren Disziplin, Übersicht und Besonnenheit die wichtigsten Eigenschaften, die ein Reiter mitbringen musste. In etwa zur selben Zeit erkannte der Arzt Hippokrates (460-370 v. Chr.) den heilenden Einfluss auf körperlicher und geistiger Ebene des Rhythmus, der durch das Reiten erlebt werden kann. Am Ende des Zweiten Weltkrieges veröffentlichten Heipertz und Heipertz-Hengst Erkenntnisse über die medizinische und orthopädische Wirkung des Reitens. Während der 1960er Jahre traten schließlich die pädagogischen Vorteile des therapeutischen Reitens in den Vordergrund und der Begriff „Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten“ wurde durch die Veröffentlichungen von Antonius Kröger geprägt. Es entwickelte sich aus den beiden Bereichen Psychologie und Pädagogik. Neben der Hippotherapie und dem Behindertenreitsport nimmt das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren seit den 1970er Jahren einen festen Bestandteil im therapeutischen Reiten ein. Die Kuratorien für therapeutisches Reiten in Österreich, Deutschland und der Schweiz versuchen, über die letzten Jahrzehnte hinweg mit Hilfe von Fachleuten aus diversen Forschungsdisziplinen wie Pädagogik, Psychologie, Sport und Sozialpädagogik eine fundierte wissenschaftliche Grundlage zu diesen Therapiemöglichkeiten zu erarbeiten (Horstmann, 2010).

Auf Initiative der Schweizer Gruppe Therapeutisches Reiten (SG-TR) wurde 1998 ein Forum der Ausbildungsträger für eine Zusatzqualifikation „Therapie mit dem Pferd“, kurz FATP, gegründet, bei dem es sich um eine freiwillige Zusammenarbeit zwischen

Verbänden aus Österreich (Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten), der Schweiz (Schweizer Gruppe Therapeutisches Reiten und Schweizerische Vereinigung für Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren), Deutschland (Deutsches Kuratorium Therapeutisches Reiten) und den Niederlanden (Stichting Helpen met Paarden, zu Deutsch: Stiftung zur Förderung von Equithérapie) handelt. Ziel ist es, Qualitätsstandards festzulegen, die von den Mitgliedsverbänden in jährlichen Sitzungen definiert werden (Klüwer, 2004).

In Österreich entstand daraufhin im Jahre 2001 ein Modell, in dem sowohl Kindertherapie als auch Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten zum Einsatz kam mit dem Namen „HorseTalks“. Zur Zielgruppe gehören Kinder mit sozialen und psychischen Schwierigkeiten, zu denen Lerndefizite, Konzentrationsdefizite, Sprach- und Verhaltensstörungen oder auch psychosomatische Erkrankungen zählen (Cizek, 2001).

1.9.3. Ziele und Möglichkeiten des HPV/R

Pferde oder Ponys sind als Erziehungsbegleiter in Sozialisationsprozessen und bei der Arbeit mit verhaltensauffälligen jungen Menschen optimal einsetzbar. Grundlage dafür ist das Bedürfnis jedes menschlichen Wesens, sich mit anderen Lebewesen auseinanderzusetzen, sei es mit anderen Menschen oder mit Tieren. Da es sich bei Pferden um relativ verhaltenskonstante, treue und charakterfeste Wegbegleiter handelt, sind sie verlässlich in Entwicklungsvorgänge auf erzieherischer Ebene einzubauen. Attribute wie rücksichtsvoll und einfühlsam sind auf Pferde geradezu zugeschnitten, da diese Tiere ihre Verhaltensweisen auch nicht verändern, wenn sie sich mitten unter einer Gruppe von aktiven Kindern befinden. Da die Pferde besonders scharfsinnig auf menschliche Stimmen und Stimmungen reagieren, sind sie in der Lage, Angst und Unruhe auf falsche Annäherungsweisen oder Behandlungen zu zeigen. Außerdem verhalten sich Pferde und Ponys im Umgang mit Menschen eher zurückhaltend. All diese Eigenschaften kommen diesen Tieren vor allem in der Zusammenarbeit mit sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entgegen. Die Zuneigung jedoch, die sie bei richtigem Verhalten ihnen gegenüber erwidern können, ist unbeschreiblich. Dadurch, dass sich Pferde nicht rächen oder bestrafen, lernen Kinder mit AD(H)S oder anderen Verhaltensauffälligkeiten schnell,

dass ihr abweichendes Verhalten nicht unbedingt und auch nicht immer negative Reaktionen provozieren muss (Gäng, 2004).

Eines der wichtigsten Ziele des HPV/R ist es also, durch den Umgang mit dem Therapiepferd die „Dialogfähigkeit und Handlungskompetenz als Voraussetzung von tragfähigen Beziehungen“ (Horstmann, 2010, S.69) zu erlernen und in den Alltag mit hinaus zu tragen. Alle weiteren Ziele gelten als untergeordnet und können immer mehr verstärkt werden, wenn auch das Primärziel gesteigert wird. Diese sogenannten Sekundärziele sind, dass Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene durch die Arbeit am und mit dem Pferd den Umgang mit ihren Ängsten verbessern, ihr Vertrauen anderen gegenüber erhöhen sowie eine Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbsteinschätzung erfahren. Durch das HPV/R wird außerdem die Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen gesteigert und geübt, da die Therapie sowohl Aufmerksamkeit als auch Geduld dem Pferd gegenüber erforderlich macht. Die Arbeit in (Klein-) Gruppen stärkt nachhaltig das Sozialverhalten, da Kooperation zwischen den Kindern oftmals unbedingt notwendig ist (zum Beispiel beim Aufsteigen auf das Pferd) (Horstmann, 2010).

Kinder erleben Motivation, wenn sie sich mit einem Pferd einlassen und zu reiten beginnen. Sie müssen sich in gewissen Situationen durchsetzen können, dürfen sich in anderen Situationen tragen lassen und können die Bewegungsabläufe genießen. Besonders positiv für verhaltensauffällige Kinder im Umgang mit Pferden ist, dass sie nicht unbedingt sprechen müssen damit sie das Tier versteht. Körpersprache und physische Signale ersetzen das oftmals abgelehnte Sprechen von AD(H)S- oder anderen verhaltensauffälligen Kindern. Durch die typischen Eigenschaften, die das Pferd mitbringt, die bereits am Anfang erwähnt wurden, haben Kinder die Möglichkeit, Urvertrauen zu entwickeln und Verantwortung sowohl für das Tier, als auch für die gesamte Ausrüstung die es benötigt, zu übernehmen (Gäng, 2004).

In kurzen Worten zusammengefasst kann man sagen, dass Kinder durch den Umgang mit Pferden Liebe, Angst, Respekt, Zuneigung etc. erleben, was als Voraussetzung für Prozesse der Erziehung und des Lernens gilt. Das HPV/R spricht zum einen das große Bedürfnis von Kindern mit der AD(H)S nach positiver Aufmerksamkeit und Zuwendung an und zum anderen können durch diese Therapie soziale Kompetenzen trainiert werden, die andernfalls vielleicht abgelehnt werden würden (Gäng, 2004).

Das Österreichische Kuratorium für Therapeutisches Reiten fasst die Fördermöglichkeiten des HPV/R wie folgt zusammen:

Motorischer Bereich

- rhythmische Bewegungen des Pferdes für die Entspannung und Lockerung von einzelnen Körperpartien
- Steigerung der eigenen Körperwahrnehmung und des Körperbildes
- Kenntnis der Grenzen des eigenen Körpers
- Training von Koordination und Gleichgewicht
- Verbesserung von Reaktion und Konzentration
- Steigerung von Agilität und Geschick
- Loslassen durch die Bewegungen des Pferdes

Emotional-kognitiver Bereich

- Schulung der Wahrnehmung
- Verbesserung des Beziehungsaufbaus durch den Umgang mit dem Pferd
- Erfahrung eigener Bedürfnisse und Emotionen
- Verbesserung von Vertrauen
- Schulung der Möglichkeiten zur konstruktiven Durchsetzung
- Möglichkeit zur Verhaltenskorrektur durch das Medium Pferd
- Anerkennung und Überwindung von Angstgefühlen
- Erfahrung persönlicher Grenzen
- Erhöhung des Selbstwertgefühls und des Vertrauens zu eigenen Leistungsmöglichkeiten
- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins
- Steigerung der Frustrationstoleranz
- Erfahrung positiver Beziehungen

Sozialer Bereich

- Einhaltung und Anerkennung gemeinsam entwickelter Regeln
- positive Anerkennung von Leistungen der Mitmenschen
- Einfügung von persönlichen Ansprüchen in eine Gruppensituation
- Helfen oder Hilfe annehmen
- Verminderung von Aggressivität
- Entstehung von Beziehungen und Vertrauen zwischen Kind, Pferd und TherapeutIn
- Steigerung der Rücksichtnahme auf sein Gegenüber
- persönliche Entwicklung und Zusammenarbeit
- Respekt vor den eigenen Grenzen sowie vor denen anderer
- Verminderung von Isolation

Um diese Fördermöglichkeiten nutzen zu können ist ein Punkt besonders wichtig, die Beziehung zwischen Kind, Pferd und TherapeutIn.

1.9.4. Das Beziehungsdreieck im Heilpädagogische Voltigieren und Reiten

Grundlegend beim HPV/R ist, wie bereits oben genannt, dass das Ziel der Verbesserung und Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen durch die Arbeit mit dem Medium Pferd erreicht wird. Es ist also nicht nur das Reiten oder Voltigieren alleine, das die Gesamtsituation verbessert, sondern auch die Arbeit vor und nach der Therapiestunde. Hierbei zählen neben dem Bewegungsdialog vor allem die Versorgung des Pferdes und die Beziehung zum/r ReittherapeutIn zu jenen Aspekten, die ein komplexes Gesamtkonstrukt ergeben. Der Bewegungsdialog auf dem Therapiepferd vermittelt Erfahrungen und damit verbundene Gefühle wie Sicherheit, Stolz, Veränderung etc., was unweigerlich zur Beziehungsaufnahme und Wechselwirkung zwischen Pferd und Kind führt. Der/Die ReitpädagogIn ist der Vermittler zwischen den interagierenden Dialogpartnern und hat die Möglichkeit, an frühere Erfahrungen des Kindes anzuknüpfen. Das Konzept des Dialogs zwischen den Beteiligten ist offen und dynamisch und wird bestimmt durch das Verhalten des Gegenübers. Es handelt sich um eine Interaktion mit lebendigen Partnern, durch welche erst ein Be-

ziehungsgefüge entstehen kann und soziales Lernen gefördert wird. Das soziale Lernen wird also durch das Beziehungsdreieck von Pferd – Schüler – PädagogIn angeregt und gesteigert.

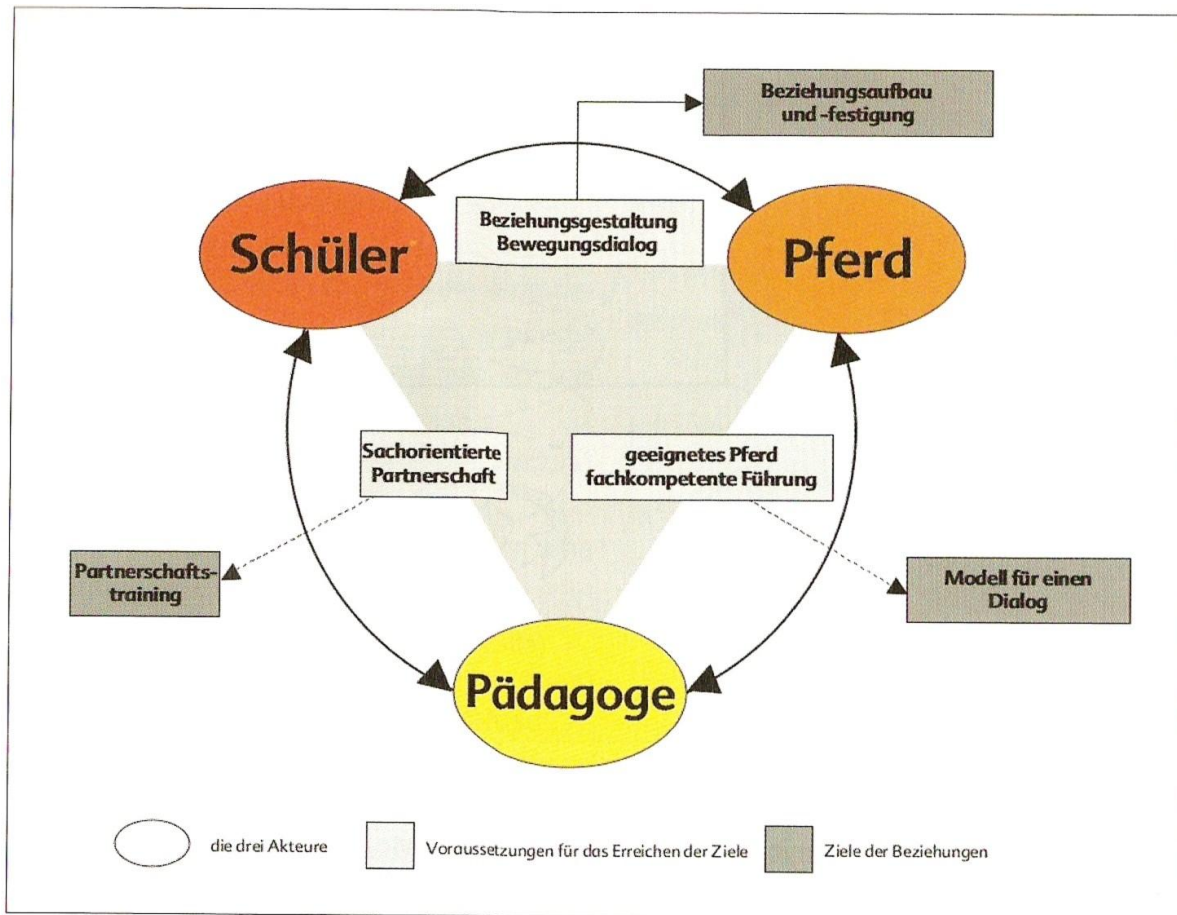


Abb. 5: Beziehungsdreieck zwischen Pferd, Schüler und Therapeut (Schulz, 2005a)

Wie in diesem Schema nach Schulz (2005a) erkennbar ist, liegt die Aufgabe und das Ziel des/der PädagogIn oder TherapeutIn besonders darin, als Beispiel für die Beziehung von Mensch und Pferd zu stehen. Das Vertrauen zwischen ihm/ihr und dem Therapiepferd muss gefestigt sein und soll als Modell für einen guten Dialog dienen. Das Verhältnis zwischen TherapeutIn und Kind ist auf sachorientierter Basis und soll durch das Medium Pferd immer wieder zur Reflexion anregen. Hier findet das eigentliche Training der Partnerschaft statt. Die Beziehung zwischen Kind und Pferd bietet überhaupt erst die Grundlage für alle anderen therapeutischen Maßnahmen und ist als übergeordnetes Ziel ganz oben im Dreieck. Der Bewegungsdialog ermöglicht das Partnerschaftstraining sowie auch die Entstehung und die Festigung von Beziehungen.

Im Vordergrund steht also die Beziehung zwischen Kind und Tier, wobei das Therapiepferd folgende Aufgaben erfüllt:

- „Befriedigung von Bedürfnissen nach sozialer Nähe und Körperkontakt
- Selbst- und Fremdwahrnehmung und Selbststeuerung
- Ingangsetzen sozial-kognitiver Lernprozesse
- Erfahrung sozialen, kommunikativen und kooperativen Verhaltens
- Bewegungserfahrung-/dialog.“ (Schulz, 2005a, S. 29)

1.9.5. Das Therapiepferd

1.9.5.1. Eigenschaften und Charakterzüge

Damit die oben genannten Aufgaben seitens des Therapiepferdes auch erfüllt werden können, muss das Reittier bestimmte Voraussetzungen mitbringen. Deshalb ist die Auswahl des Tieres von besonderer Bedeutung. Geeignet sind sowohl Pferde als auch Ponys und auch der gutmütige Charakter und die Beziehung zwischen TherapeutIn und Tier sind wichtiger als eine bestimmte Rasse (Gäng, 2004).

Nach Marianne Gäng (2004) gehören Island-Ponys zu den besonders geeigneten Rassen, die der Aufgabe des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens gerecht werden. Wichtig ist, dass das Pferd oder Pony auf jeden Fall eine Bezugsperson hat, die es neben den Therapiestunden betreut und reitet. Oftmals ist es von Vorteil, wenn der/die PädagogIn zugleich der/die BesitzerIn ist und eine besonders gute persönliche Beziehung zu dem Tier hat. Als weitere Rassen haben sich neben den Island-Ponys auch Haflinger oder Freiburger bewährt, die eine ruhige und gutmütige Wesensart haben und gute Gleichgewichtsträger sind. Ein Vorteil dieser Rassen ist auch, dass sie neben dem Reiten auch zum Fahren geeignet sind.

Das Therapiepferd oder -pony sollte auf jeden Fall einen guten Charakter haben und gehorsam sein. Gleichmäßige Galoppsprünge und eine gute Ausdauer beim Galoppieren sollten ebenso vorhanden sein, wie auch ein unempfindlicher Rücken und gesunde Beine (Kröger, 2004).

Charakterlich gesehen sollte es sich bei den Tieren, die für die Therapie eingesetzt werden, um weder zu stürmische und temperamentvolle Ponys, noch um zu phleg-

matische Tiere handeln, die immer vorangetrieben werden müssen. Ponys oder Pferde mit schwerwiegenden Unarten wie Schlagen, Beißen oder Buckeln sind selbstverständlich nicht für das HPV/R einsetzbar. Ideal wäre ein Pony, das leicht zu reiten, vorwärtsmarschierend und gutmütig ist, jedoch auch Sensibilität und Ängstlichkeit zeigen kann. Dies ist vor allem wichtig, damit es bei Fehlverhalten ihm gegenüber auch einmal Unmut zeigen kann, um so dem Kind vermitteln zu können, dass etwas an seinem Verhalten nicht in Ordnung ist. Optimal ist eine Situation, bei der mehrere Therapiepferde zur Verfügung stehen, die unterschiedliche Charaktereigenschaften mitbringen, da so für die verschiedenen Bedürfnisse eines jeden Kindes das passende Tier gefunden werden kann (Gäng, 2004).

Nach Vanessa Ihm (2004) unterscheiden sich Pferde und Ponys in ihrem Verhalten extrem von den TherapeutInnen dadurch, dass sie immer artgerechte Reaktionen zeigen. Ihr großer Pluspunkt in der Arbeit mit Kindern mit AD(H)S ist vor allem, dass sie auf falsche Behandlungen nicht mit Mahnungen reagieren, sondern, wie oben schon erwähnt, mit arttypischen Verhaltensweisen wie Unruhe, Ungeduld oder Ängstlichkeit. Die Kinder werden auf diese deutliche aber artgerechte Weise zur Korrektur ihres Fehlverhaltens gezwungen und aufgefordert sich richtig zu Benehmen. Dies geschieht unbewusst und ohne dass sich die betroffenen Kinder dagegen auflehnen und führt somit zu respektvollem Umgang mit dem Umfeld.

Bei richtiger Annäherung an das Pferd oder Pony beziehungsweise dem ruhigen Sich-dem-Pferderücken-Anvertrauen wird dem Kind unmittelbar ein positives Feedback auf den Vertrauensvorschuss vermittelt (Kröger, 2004).

Dies bedeutet also, dass das Therapiepferd oder -pony nicht verurteilt oder bestraft, geschweige denn sich an den Kindern für ihr eventuelles Fehlverhalten rächt. Dennoch gibt es für jedes Kind, wie auch oben schon genannt, das richtige und passende Therapiepferd. Kinder, die sich eher durch ihr draufgängerisches Verhalten auszeichnen, können bei einem lebhaften und eigensinnigen Pferd, das sich wehrt und nicht alles gefallen lässt, ihre persönlichen Grenzen erfahren und lernen. Kinder, die jedoch ängstliches Verhalten an den Tag legen, sollten optimalerweise mit einem ruhigen und anhänglichen Tier zusammenarbeiten, um die nötige Sicherheit erfahren zu können, die für weitere Verhaltensweisen notwendig ist. Auf alle Fälle ist es von größter Wichtigkeit seitens des/der TherapeutIn, den Kindern den gebührenden Respekt und die Achtung vor ihrem Gegenüber beizubringen. Am sinnvollsten ist dieser

Lernprozess, wenn er an eigenes Empfinden angeknüpft wird. Das heißt, dass den Kindern durch den/die TherapeutIn erklärt werden muss, dass das Pferd genau wie sie selbst Schmerz, Angst, Unruhe oder Lärm empfinden kann. Besonders wichtig ist allerdings auch, dass das Pferd oder Pony nie mit den Kindern alleine gelassen werden darf, zum einen um die Kinder vor Unfällen zu schützen und zum anderen um eventuell aggressives Verhalten dem Tier gegenüber unterbinden zu können, da dies zu irreparablen Schäden führen kann, die zur Folge haben können, dass das Tier nie mehr im therapeutischen Sinne Einsatz finden kann. (Gäng, 2004).

1.9.5.2. Haltung und Ausbildung

Nach Johannes Voßberg (2004) kann sich ein Pferd nur im Kreise seiner Artgenossen, also in der Gruppenhaltung, zu einem sowohl körperlich als auch geistig gesunden und für therapeutische Zwecke einsetzbaren Tier entwickeln. Durch die Gruppenhaltung kann sich das Pferd auf „natürliche Weise Aufmerksamkeit, emotionale Differenziertheit und Lernfähigkeit“ (Voßberg, 2004, S. 174) aneignen und trainiert so optimal arttypische soziale Verhaltensformen. Durch Isolierung und mangelnde Bewegung, was oftmals durch Boxenhaltung entsteht, können psychische Erkrankungen bei Pferden auftreten und sie für die pädagogische und therapeutische Arbeit ungeeignet machen. Genügend Möglichkeiten zur Bewegung, natürliche Unterschiede zwischen Hell und Dunkel (also Tag- und Nachtunterschiede) sowie unebene Bodenverhältnisse sind für Therapiepferde von großer Bedeutung. Optimal geeignet für die Haltung von Therapiepferden sind die Weidehaltung, bei der das Pferd ganzjährig auf der offenen Weide lebt, die Offenstallhaltung, bei der die Pferde sich nach freiem Willen entweder auf der Weide oder im Stall aufhalten können und die Gruppenstallhaltung, bei der die Tiere nur nachts beziehungsweise in den kälteren Jahreszeiten in Stallungen untergebracht sind. Diese drei Formen der artgerechten Pferdehaltung sind als Grundformen zu betrachten und können in der Praxis an die gegebenen Voraussetzungen angepasst werden.

Sind die eben genannten Voraussetzungen gegeben, steht ein ausgeglichenes und gesundes Pferd für die Ausbildung zum Therapiepferd bereit. Hierbei ist anzumerken, dass grundsätzlich die Ausbildung eines Pferdes niemals als abgeschlossen betrachtet werden darf. Es ist zeitlebens auf die Verhaltenssteuerung durch seinen menschlichen Partner angewiesen. Der ausbildende Mensch ist also dazu

angehalten sich mit den natürlichen instinktiven Verhaltensformen des Pferdes auseinanderzusetzen und kann sich diese entweder zu Nutze machen oder korrigieren. Pferde lernen in erster Linie durch Nachahmungsprozesse, die von Artgenossen in der Gruppenhaltung erworben werden können. Ein weiterer Lernprozess, den sich die ausbildende Bezugsperson zu Nutze machen kann, ist die Konditionierung. Da Pferde unsere menschliche Sprache nicht verstehen, muss der Trainer mit Belohnungen und Bestrafungen beispielsweise durch Tonfall und Stimmlage mit dem Tier kommunizieren. Durch den Prozess der Konditionierung wird das Pferd belohnte Aktivitäten wiederholen und bestraft wenn möglich vermeiden, sofern es sich beim Trainer um ein anerkanntes Leittier handelt, dem es Vertrauen entgegenbringt. Durch die Beziehung und Konditionierung entwickelt sich im Laufe der Ausbildung der Gehorsam, der als Grundlage für die gute Zusammenarbeit zwischen Mensch und Pferd dient (Voßberg, 2004).

1.9.6. Der/Die TherapeutIn – Ausbildung in Österreich

Um in Österreich als TherapeutIn im Bereich des HPV/R tätig sein zu können und einem Therapiepferd die nötige Ausbildung zuteilwerden lassen zu können, muss die Person am schon mehrmals erwähnten Österreichischen Kuratorium für Therapeutisches Reiten eine Ausbildung absolvieren. An dieser Ausbildung kann man nur teilnehmen, wenn ein Nachweis über eine abgeschlossene Vorbildung „in einem sonder-, sozial- oder heilpädagogischen, psychologischen, psychiatrisch oder psychotherapeutischen Beruf (u.a. SonderschullehrerInnen, SonderkindergartenpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Dipl. BehindertenpädagogInnen, ÄrztInnen für Psychiatrie/Neurologie bzw. Psychosomatik“ (Robier, 2009, S.28) vorgelegt werden kann. Neben diesen beruflichen Voraussetzungen, muss man weiters für das HPV eine Voltigier- bzw. Reitsportfachliche Voraussetzung erfüllen, die in Form eines Voltigierinstruktors oder Voltigierwarts FENA beim HPV oder in Form des Reitinstruktors, Bereiter FENA oder Reitwart FENA beim HPR, vorgelegt werden muss. Werden diese Voraussetzungen erfüllt, so muss sich der/die zukünftige TherapeutIn bei der Sektion HPV/R des Österreichischen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten, bewerben. Hat der/die KandidatIn alle Unterlagen und Bedingungen erfüllt, so wird bei einem Aufnahmewochenende das praktische Können im Longieren eines Pferdes, bei der Bodenarbeit mit dem Pferd etc. geprüft.

Die eigentliche Ausbildung umfasst schließlich vier Teile: einen Grundkurs (6 Tage), eine schriftliche Hausarbeit über die eigenen Erfahrungen in 10-15 persönlich durchgeführten Therapieeinheiten, vier Pflichtmodule und zwei Wahlmodule sowie 6 Tage Abschlusskurs mit einer kommissionellen Abschlussprüfung. Die Dauer der Ausbildung beträgt ungefähr ein Jahr und hat als Ziel, das HPV und/oder HPR auf selbstständige und eigenverantwortliche Art und Weise durchführen zu können (Robier, 2009).

Auch einige persönliche Voraussetzungen sollten vom/von der zukünftigen TherapeutIn mit in das Berufsleben gebracht werden. Neben viel Enthusiasmus sollten vor allem ein Talent für Planung, Mut zur Entscheidung und Durchsetzungsvermögen zu den Eigenschaften des/der TherapeutIn zählen. Die Liebe und der partnerschaftliche Umgang mit Pferden sowie die Bereitschaft, sich mit Körper- und Bodenarbeit auseinanderzusetzen, darf ebenfalls nicht fehlen, um eine optimale Beziehung zwischen Pferd und TherapeutIn aufrechterhalten zu können. Ein weiterer unbedingt erforderlicher Charakterzug des/der TherapeutIn ist das „Abschalten-Können“. Was für das Pferd bedeutet, zurück zu seinen Artgenossen auf die Weide oder in den Stall zu kommen, muss für den Menschen der bewusste Rückzug und das bewusste Abschalten im Kreise der Familie, bei Freunden oder bei einer anderen Freizeitaktivität darstellen. Wird dies alles berücksichtigt, so kann das HPV/R für Pferd und Mensch Erfüllung und Zufriedenheit bedeuten. Nicht nur die Ausbildung oder das technische Know-how zur Vermittlung von Lerninhalten sind ausschlaggebend für den Erfolg im Beruf, sondern und vor allem auch die persönliche Begegnung des/der TherapeutIn mit dem hilfesuchenden Menschen, der an ihn/sie herantritt (Gäng, 2009).

„Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren bedeutet Lebendigkeit und Offenheit – ständiges Sich-Weiterentwickeln!“ (Gäng, 2009, S. 33)

1.10. Zielgruppen im HPV/R

Durch die Arbeit des/der TherapeutIn und das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten erfährt der Klient eine ressourcenorientierte Förderung seiner Persönlichkeitsentwicklung und muss deshalb immer als vollwertiger Partner anerkannt werden (Kröger, 2005).

Zur Zielgruppe zählen laut Kröger (2004) lernbeeinträchtigte Kinder an Sonderschulen für Lernbehinderte. Neben den Lernbeeinträchtigten wird jedoch auch als zweite Großgruppe mit geistig behinderten und verhaltensauffälligen und zum Teil sogar mehrfach behinderten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen gearbeitet. Eine weitere Zielgruppe von besonderer Bedeutung sind Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, die jedoch durchschnittlich intelligent sind und oftmals nur durch ihr abweichendes Verhalten mit der Gesellschaft in Konflikt geraten. Ebenso gefördert werden können seh- oder hörbehinderte und psychisch erkrankte Menschen. Die Therapie soll nur durchgeführt werden, wenn es aus medizinischer Sicht keine Bedenken gibt. Eine Bestätigung über positive Effekte gibt es besonders für die Altersgruppe zwischen dem 5. und dem 16. Lebensjahr, bei der Veränderungen im Verhalten beobachtet werden konnten.

Um diese ganzheitliche Therapieform mit den Worten des Österreichischen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten kurz zusammenzufassen, folgt hier eine Auflistung des breitgefächerten Spektrums an Indikationen:

- Verhaltensauffälligkeiten
- Geistiger Behinderung
- Sinnesbehinderung
- Teilleistungs- und Lernschwächen
- Wahrnehmungs- und Sprachstörungen
- Probleme im emotionalen und sozialen Bereich
- Psychiatrische Erkrankungen

(Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten)

Dass zu diesen Großgruppen auch Kinder mit AD(H)S zugeordnet werden können ist eindeutig. Durch welche Spiele und Übungen das HPV/R auf die betroffenen Kinder Einfluss nimmt, wird nun im folgenden Abschnitt erläutert.

1.11. Heilpädagogisches Voltigieren

Das HPV/R ist ein lernendes System, bei dem die heilpädagogische Wirkung des Pferdes zum Tragen kommen soll. Beim heilpädagogischen Voltigieren ist es vor allem die Arbeit mit dem Partner in den unterschiedlichsten Partnerübungen, die die Kinder veranlasst, sich auf den Partner einzustellen und Vertrauen zu gewinnen. Beim heilpädagogischen Reiten ist jeder auf sich selbst und das Therapiepferd gestellt, ab dem Zeitpunkt, ab dem die Zügel in die Hand genommen werden. Die individuelle Erfahrung von Bewegungsabläufen und die Dynamik in der Gruppe sind in beiden Therapieformen von besonderer Bedeutung und grundlegend für den positiven heilpädagogischen Effekt (Schulz, 2005b).

Nach Pietrzak (2001) ist das HPV/R immer situationsbezogen und prozessorientiert. Hierbei stehen die Förderung der individuellen Entwicklung, des Wohlbefindens und des Verhaltens im Vordergrund, was über den Bewegungsdialog mit dem Medium Pferd erreicht werden kann. Im HPV/R heißt die Devise: „Der Weg ist das Ziel, das heißt alles, was die Kinder und das Pferd in die therapeutische/pädagogische Situation einbringen, ist zu würdigen, ist Gegenstand der Auseinandersetzung und Teil eines Prozesses [...]“ (Pietrzak, 2001, S. 34). Durch die Prozesshaftigkeit der Therapie wird den Kindern der nötige Zeitraum gegeben, um sich ohne Druck und Normen qualitativ entwickeln zu können (Pietrzak, 2001).

Das eigentliche Voltigieren entstand geschichtlich gesehen aus den Ritterspielen des Mittelalters und umfasste turnerische und akrobatische Elemente auf einem ungesattelten Pferd oder einem Holzpferd. Diese Sportart zeugte schon zu jener Zeit von großem Vertrauen zum Tier und sie nahm aufgrund der Anmut und Ästhetik sogar in den Künsten der Vergangenheit Einzug. Heutzutage wird das Voltigierpferd von einem/er LongeführerIn an der Longe gezirkelt während die TurnerInnen nach Bewegungsfluss und –harmonie beurteilt werden. Neben dem sportlichen Aspekt ist in der jüngsten Vergangenheit auch die heilpädagogische Wirkung des Voltigierens in den Vordergrund getreten (Schulz, 2005a).

1.11.1. Vorbereitung und Aufbau einer Therapieeinheit

In der Literatur gibt es keine einheitliche Denkweise oder Richtlinie zur Planung und Durchführung von therapeutischen Einheiten im HPV/R. Wichtig ist jedoch, dass jede

Einheit auf der Basis von Grob- und Feinzielen in schriftlicher Form vorbereitet und geplant wird (Kröger, 2005).

Hierfür stellt Gäng (2004) Präparationsblätter zur Verfügung, die sich einerseits mit der persönlichen Vorgeschichte jedes Kindes befassen und die vorgegebenen Fördermaßnahmen, also Zielformulierungen, Ideen und Ratschläge der Eltern usw., umfassen. Andererseits liegen Planungsblätter für langfristige sowie für kurzfristige Planung bereit, die sich mit Grob- und Feinzielen beschäftigen und bei Bedarf jederzeit durch den/die TherapeutIn neu ausgefüllt werden müssen.

Als Grundstein für die heilpädagogische Arbeit mit Pferden ist das Sich-Einlassen auf das Tier, also die Entwicklung des Vertrauens zu nennen. Zu diesem Zwecke müssen vor der Annäherung an das Pferd grundlegende Regeln und Strukturen mit den Kindern gemeinsam erarbeitet werden, um eventuelle Angstzustände oder Fehlverhalten vermeiden zu können. Zu diesen Grundregeln zählen: Nicht schreien, nicht rennen und vor der Annäherung das Tier ansprechen. Es ist also notwendig, zu Beginn der Therapie eine theoretische Einführung zu geben, die das Verhalten während der gesamten Therapie kurz und prägnant festlegt und für Kinder plausibel ist (Kröger, 2005a).

Sind diese theoretischen Grundlagen geklärt, kann mit dem Kennenlernen des Pferdes begonnen werden. Nach Marianne Gäng (2004) sollen die Kinder in Gruppen bis zu sechs Personen das Pferd am Beginn vom Boden aus kennenlernen. Beobachtung und Begrüßung gehören zu den ersten Schritten in der emotionalen Kontaktaufnahme. Erst wenn alle Kinder mit dem Tier vertraut sind, kann mit der eigentlichen Therapiestunde begonnen werden.

Diese kann nach Kröger (2005a) dann wie folgt aufgebaut sein:

1. Begrüßung und Vorbereitung des Reittiers
2. Aufwärmen
3. Phase des Arbeitens mit dem Pferd (Einzel- und Partnerübungen)
4. positiver Abschluss der Therapiestunde
5. Nachversorgung des Pferdes

6. Reflexion und Nachbereitung

Begrüßung und Vorbereitung des Reittiers

Die emotionale Kontaktaufnahme muss am Beginn jeder Therapieeinheit wiederholt werden. Dadurch können die Kinder immer wieder eine Vertrauensbasis zum Tier aufbauen. Arbeiten, die mit und um das Pferd vor der Einheit durchgeführt werden, werden so als selbstverständlich und unbedingt notwendig betrachtet. Die Annäherung und die Begrüßung des Pferdes werden durch eine leichte Berührung des Kopfes oder vorsichtiges Streicheln und Klopfen durchgeführt. Dabei ist der/die PädagogIn als Beispiel für das richtige Verhalten sehr wichtig, um den Aufbau der Beziehung zu erleichtern. Erst wenn die Kinder mit den Aufgaben, die rund ums Pferd zu erledigen sind, vertraut sind, kann sich der/die TherapeutIn zurückziehen und nur eingreifen, wenn dies wirklich erforderlich ist. Durch das Putzen und Vorbereiten des Pferdes entsteht ein intensiver körperlicher Kontakt zwischen Pferd und Kind. Die taktile Wahrnehmung kann dadurch stark gefördert werden (Gäng, 2004).

Vanessa Ihm (2004) meint dazu, dass durch den Kontakt zum Pferd große Mangelerscheinungen an Körperkontakt kompensiert werden können, da das Pferd durch sein freundliches Wesen Kinder nahezu dazu ermuntert, es zu berühren, wodurch verschiedene Sinne angeregt werden können.

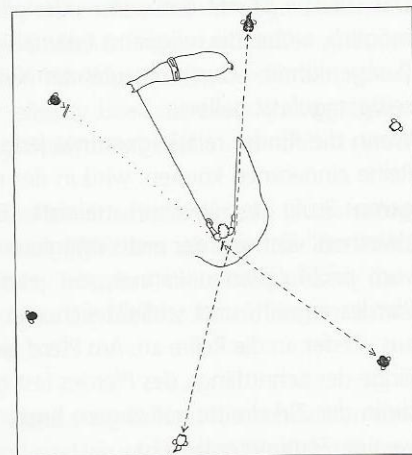
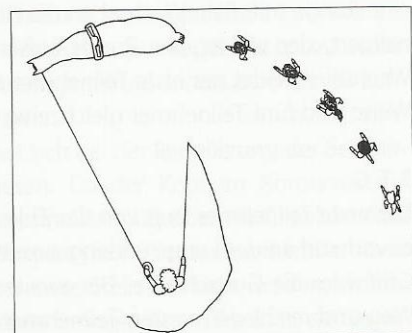
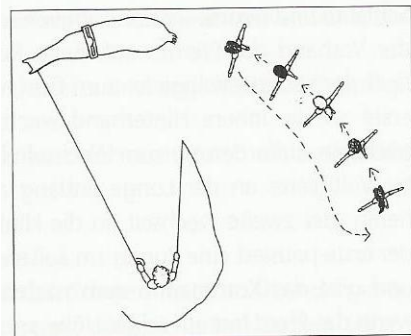
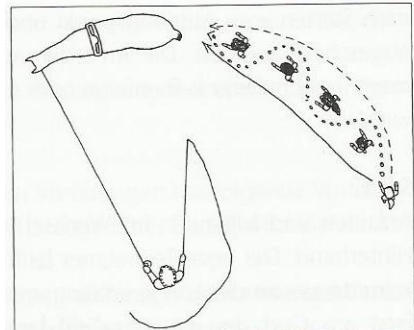
Aufwärmen

Ist das Pferd fertig geputzt und mit den nötigen Utensilien wie Zaumzeug und Voltigiergurt ausgestattet, steht dem Aufwärmen in der Reitbahn nichts mehr im Wege.

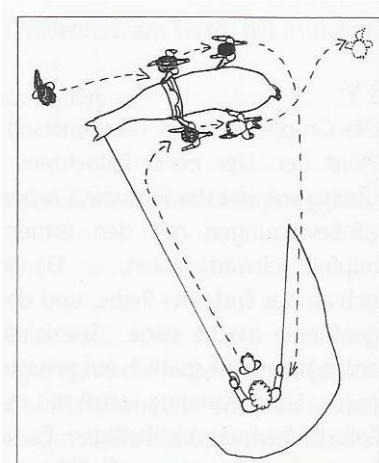
Durch unterschiedlichste Spiele, wie Lauf- und Bewegungsaufgaben mit oder ohne Pferd, werden die Kinder auf die eigentliche Arbeitsphase vorbereitet. Diese Spiele fördern die Kontaktaufnahme sowie die Wahrnehmung und Konzentration und ermöglichen den Kindern das Vergessen von vorherigen Problemen oder Konflikten aus dem Alltag (Ihm, 2004).

Bei den Aufwärmspielen und –übungen sind der Phantasie und dem Einfallsreichtum des/der TherapeutIn keine Grenzen gesetzt. Kröger (2005a) gibt folgende Ideen für Lauf- und Bewegungsspiele:

- Kinder laufen im Gänsemarsch hinter dem Pferd und der letzte überholt die Gruppe.
- Kinder laufen im Gänsemarsch hinter dem Pferd, wobei das erste Kind eine Übung vorzeigt, zum Beispiel mit den Armen, die die anderen Kinder nachmachen müssen. Danach läuft es zum Ende der Schlange.
- Kinder laufen im Gänsemarsch hinter dem Pferd und ahmen die jeweilige Gangart des Pferdes nach (Schritt – Trab – Galopp).
- Kinder stehen außerhalb der Zirkellinie und müssen auf Anruf des/der PädagogIn Plätze tauschen.



- An- und Mitlaufen mit der Vorder- bzw. Hinterhand des Pferdes in den verschiedenen Gangarten.



- Die Kinder laufen in einer Schlange mit dem Pferd im Gleichschritt und immer das Kind, das sich am Voltigiergurt festhält läuft auf Zuruf des/der Pädagogen zum anderen Ende der Schlange.

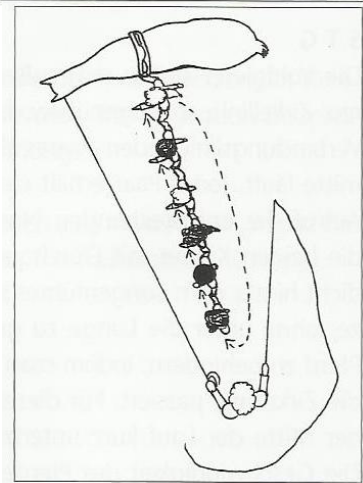


Abb. 5: Aufwärmspiele nach Kröger (2005a)

Phase des Arbeitens mit dem Pferd (Einzel- und Partnerübungen)

In diesem zeitlichen Abschnitt des heilpädagogischen Voltigierens liegt der eigentliche Schwerpunkt der Therapie. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, die Kinder schrittweise durch Vorübungen an die richtigen Übungen heranzuführen. Dies ist notwendig, um die Kindern nicht zu überfordern oder zu verängstigen und ihnen die Möglichkeit zu geben, die teilweise komplizierten Übungen durch das Erlernen und Automatisieren der Vorübungen besser koordinieren zu können. Als Beispiele für solche Vorübungen gibt Kröger (2005a) folgendes an:

- Grundsitz: Dabei wird auf das korrekte Sitzen mit dem richtigen Schwerpunkt genau unter dem Gesäß und den aufrechten Oberkörper geachtet. Auch die Kopfhaltung sollte bei Bedarf korrigiert werden,



Abb. 6. Grundsitz beim Voltigieren

- da diese für die Regulierung des Schwerpunktes von großer Hilfe sein kann. Bei fortgeschrittenen Kindern, können das Loslassen des Voltigiergurtes sowie das Schließen der Augen in allen drei Gangarten als Steigerung der Schwierigkeit dienen.
- Bank: Die Bank wird kniend auf dem Pferd durchgeführt, wobei sich das Kind mit beiden Armen am Gurt festhält, die Schultern genau über den Griffen des Gurtes ruhen und die Unterschenkel parallel zur Wirbelsäule des Pferdes liegen. Der Winkel im Kniegelenk soll 90° nicht übersteigen, um die Schwingungen des Pferderückens optimal abfedern zu können. Diese Übung hilft besonders dabei, die Konzentration zu fördern, da es ohne Konzentrationskraft schwierig ist, sich auf dem schmalen Pferderücken kniend zu bewegen.

- Fahne: Nachdem die Bank ausreichend geübt wurde, kann das Kind zur Fahne übergehen. Bei dieser Übung kniet der/die VoltigiererIn ebenfalls auf dem Pferderücken, es werden allerdings eine Hand

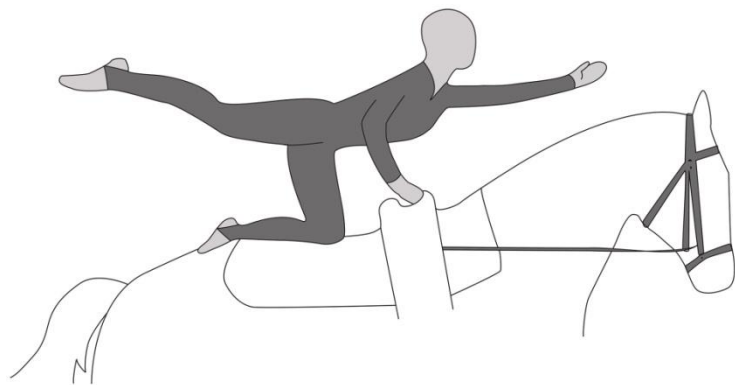


Abb. 7. Fahne beim Voltigieren

und das gegenüberliegende Bein gerade nach vorne/hinten ausgestreckt. Die Fahne stärkt in hohem Maße den Gleichgewichtssinn und erfordert außerordentliche Konzentration. Durch das Fortschreiten im Schwierigkeitsgrad wird außerdem das Selbstwertgefühl der Kinder gestärkt.

- Mühle: Diese Übung erfordert neben Konzentration, Koordination und Gleichgewicht vor allem eine große Portion Mut, weil sich das Kind auf dem Pferderücken um 180° drehen muss. Dabei kommt es zu einem



Abb. 8. Mühle beim Voltigieren

- in die Situation, dass es gegen die Laufrichtung sitzt und nicht sieht, wohin das Pferd läuft, und zum anderen die Hände von den Griffen des Voltigiergurtes lösen muss. Die Mühle dient der speziellen Schulung des Gleichgewichts und trainiert die Körperspannung sowie die Konzentration.
- Stehen: Das Stehen auf dem Pferd ist eine sehr schwierige Übung und verlangt den Kindern großen Mut und Disziplin ab. Es sollte durch verschiedene kleine Vorübungen trainiert werden und nur schrittweise an diese Lektion herangegangen werden. Das Abspringen und sichere Abrollen bzw. Wegrollen vom Pferd sind Grundvoraussetzungen für das freie Stehen.
- Es gäbe hier noch viele weitere Übungen zu nennen, die jedoch erst bei hohem Fortgeschrittenengrad anwendbar sind.
(Kröger, 2005a)

In der Arbeitsphase sind neben den soeben genannten Einzelübungen auch Partnerübungen anzuwenden, um die Gruppendynamik zu steigern. Gerade für Kinder, die durch ihre Verhaltensauffälligkeiten an Isolation leiden, können durch Partneraufgaben schnell Freundschaften entstehen und es kann Vertrauen gewonnen werden. Das Helfen und Sich-Helfen-Lassen führt ebenfalls zu besserem Gruppenzusammenhalt, denn es erfordert Geduld, Akzeptanz der Grenzen des anderen und Zulassen von Berührungen.

Positiver Abschluss der Therapiestunde

Am Ende der Arbeitsphase, wenn die Konzentrationsfähigkeit schon sehr ausgeschöpft ist, sollte noch jedes Kind eine Wunschübung zum Besten geben dürfen, die es seinen Partnern vorführen kann, da dies einerseits motivationsfördernd ist und andererseits die Kreativität und die Ruhe in der Gruppe steigert. Wichtig ist, dass die restliche Gruppe während ein Kind turnt, ebenfalls nicht tatenlos zusieht sondern beispielsweise auf dem Tonnenpferd die gleichen Übungen nachahmt wie das Kind auf dem lebenden Pferd (Kröger, 2005a).

Nachversorgung des Pferdes

Ist die eigentliche Therapie beendet, so müssen das Wegräumen der benötigten Utensilien sowie die Versorgung des Pferdes als Bestandteil der Voltigiereinheit selbstverständlich sein. Als heilpädagogische Maßnahme gehört auch das Übernehmen von Verantwortung für Materialien zum HPV dazu. Unter den Punkt Nachversorgung fallen zum Beispiel das Loben des Pferdes, das Abgurten und Zurückführen in den Stall, das Wegräumen der Gegenstände wie Tonnenpferd, das Verabschieden von Pferd und Pädagogen usw. Sollte sich ein Kind gegen die Aufgaben auflehnen, so übernimmt der/die Therapeutin mit einer sachorientierten Bemerkung wie: „X räumt heute nicht auf, also mache ich es, obwohl ich gar nicht voltigiert habe“, das heißt also ohne Wertung, die Aufgabe. Dies führt dazu, dass es innerhalb kürzester Zeit zur Nachahmung kommt, in dem ein anderes Kind die Aufgabe übernimmt bzw. das widerwillige Kind sich dann doch ordnungsgemäß seinen Aufgaben fügt (Kröger, 2005a).

Reflexion und Nachbereitung

Um die Effektivität des HPV zu steigern und die Wirksamkeit der Therapiestunde prüfen zu können, ist es von großer Notwendigkeit seitens des/der Therapeuten zu reflektieren. Eine solche Reflexion sollte die Beobachtungen, die während der Stunde gemacht wurden, beinhalten und auch das eigene Verhalten des/der Pädagogen beleuchten. Auf dieser Basis kann eine Planung der nächsten Einheit stattfinden (Ringbeck, 2009).

Wenn während der Therapiestunde ein Helfer oder Beobachter anwesend ist, sollte dieser unbedingt in die Reflexion eingebunden werden. Fragen zur Pferdeführung, zur Erreichung der Zielsetzung, zur Gruppendynamik, zur Interaktion zwischen Pferd – Kind – PädagogIn, zu Fehlverhalten und Konsequenzen sollten, wie noch vieles andere, bei der Reflexion berücksichtigt werden, damit diese als Grundlage für den Aufbau der nächsten Stunde dienen kann (Kröger, 2005a; Ringbeck, 2009).

1.11.2. Pädagogische Grundlagen

Im HPV sind die pädagogischen Hintergründe vielfältig. Grundsätzlich bietet die Therapie die Möglichkeit, sich mit anderen Lebewesen auseinanderzusetzen und Vertrauen zu gewinnen. Dies sollte auf freiwilliger Basis mit eigener Handlungskompetenz vonstattengehen, ohne Zwang und Druck durch den/die PädagogIn. Außerdem steigt durch die schrittweise Annäherung an große Ziele die Motivation zu einer enorm hohen Leistungsbereitschaft, die Kinder dazu veranlasst, ihre Ängste zu überwinden. Entspannung und Schulung des Gleichgewichtssinns ist besonders bei Kindern mit schweren motorischen Defiziten als Hilfe für den Körper von Bedeutung und kann durch das harmonische Einschwingen in den Rhythmus der Gangarten gefördert werden. Auch das Gewinnen von Sicherheit auf dem Pferd kann ein erhöhtes Selbstbewusstsein auslösen und Losgelassenheit provozieren. Durch die obengenannten Übungen kann es zu einer enormen Verlängerung der Konzentrationsfähigkeit kommen, die bis zum totalen Ausschöpfen der Konzentrationskraft jedes einzelnen Kindes geht. Da manches nur mit voll funktionstüchtigem Körperschema richtig ausgeführt werden kann, tritt meist auch eine Verbesserung dieses oftmals mangelhaften Körperschemas ein. Die Koordination von Beinen, Armen, Oberkörper und Augen sowie von Kopf, Hüfte und Beinen wird mit Hilfe des HPV ebenfalls geschult und bringt meist eine Verbesserung der Körperspannung und Konzentration mit sich. Auch soziale Aspekte wie Rücksichtnahme und Respekt werden im Umgang mit dem Therapiepferd auf unbewusste Art und Weise trainiert. Kreativität und Geschicklichkeit, Mut und Angstabbau zählen ebenfalls zu den pädagogischen Grundlagen, die den Übungen zugrunde liegen. Und zu guter Letzt sind die Bewegungen, die beim HPV ausgeführt werden, sehr gesundheitsfördernd, stärken sie doch die Muskulatur, bringen den Kreislauf in Schwung und vermindern durch die steigende Geschicklichkeit auch die Verletzungsgefahr im Alltag (Kröger, 2005).

1.12. Heilpädagogisches Reiten

Das HPR ist im Gegensatz zum HPV eine „selbstgeführte und selbstständige Fortbewegung [...] auf seinem Pferd“ (Schulz, 2005a, S. 19) und wurde schon in der Geschichte durch die Bewegungselemente, die die Reitkunst enthält, mit dem Tanzen in Verbindung gebracht. Diese Elemente stellen ein sicht- und spürbares Bewegungserlebnis dar und sind konstante Bestandteile des Bewegungsdialoges zwischen Pferd und Reiter, durch den die heilpädagogische und therapeutische Arbeit erst möglich wird. Dennoch stimmen heute Experten darin überein, dass „das heilpädagogische VOLTIGIEREN als besonders günstiger Zugang zur Klientel dem heilpädagogischen REITEN vorausgehen sollte“ (Schulz, 2005a, S. 20). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Erfahrung des eigenen Körpers auf einem ungesattelten Pferd stärker ausgeprägt ist und dass durch die Abnahme der Führung im Voltigieren eine frustriationsarme Umgebung geschaffen werden kann. In weiterer Folge werden dann beim HPR die Zügel dem/der ReiterIn übergeben und wird somit die persönliche Entwicklung gefördert. Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Verantwortung und Selbstwirksamkeit werden dabei besonders in den Vordergrund gestellt. So kann das HPR also als sinnvolle und logische Weiterförderungsmaßnahme nach dem HPV verstanden werden, tritt aber auch als eigenständige Therapieform auf (Schulz, 2005a).

Als Einstieg in die Therapie empfiehlt sich das HPR nur dann, wenn aufgrund von motorischen Defiziten der Kinder, wie zum Beispiel bei Adipositas, keine turnerischen Übungen durchgeführt werden können beziehungsweise das Kind zu groß für die eher kleineren Voltigierpferde ist (Pauel, 2005).

Die Kinder, die mit dem HPR beginnen, sollten einige Voraussetzungen mitbringen, die sie beispielsweise durch das HPV erwerben können. Pauel (2005, S. 157) nennt folgende Voraussetzungen seitens der ReiterInnen: „Die Schüler sollten:

- sich konzentrieren können und über eine ausreichende geistige Reife verfügen, Aufgaben zu erfassen;
- Durchhaltevermögen für die regelmäßige Teilnahme an den Reitstunden aufbringen;
- mit Misserfolgen und Frustrationen angemessen umgehen und im sozialen Kontext Lösungsstrategien erarbeiten können;
- in der Lage sein, Ängste zu äußern und konstruktiv mit ihnen umzugehen;

- in ihrer Motorik so geschult sein, dass sie z.B. fähig sind, sich zu steuern, Kraft zu dosieren und Anspannung und Entspannung spüren zu können;
- Grundtechniken in der Pflege und Umgang mit dem Pferd anwenden und bereit sein, Verantwortung für das Tier zu übernehmen.“

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, steht dem heilpädagogischen Reiten nichts mehr im Wege. Wie eine solche Fördereinheit beim HPR aussehen kann, wird im Anschluss erläutert.

1.12.1. Durchführung und Aufbau einer Therapieeinheit

Wie auch beim HPV liegt der Beginn der Therapie in der Kontaktaufnahme zum Pferd und dem Aufbau von Vertrauen zwischen Pferd und Reiter. Ähnlich wie beim Voltigieren kann durch Begrüßen, Kennenlernen, Putzen und Streicheln auch beim Reiten der Kontakt hergestellt werden (Gäng, 2004).

Nach Pael (2005) gibt es für das HPR einige Bedingungen, die seitens der Kinder eingehalten werden müssen. So zum Beispiel bedeutet das HPR eine Verpflichtung, die über einen längeren Zeitraum, meist von eineinhalb bis vier Jahre, eingehalten werden muss. Die Dauer und der Umfang müssen mit den Eltern oder Angehörigen vor Beginn der Therapie geklärt werden, um einen Abbruch vermeiden zu können. Für den/die ReitpädagogIn gilt die Grundregel, dass die Kinder dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen. Auch beim HPR ist es von großer Notwendigkeit, eine Planung mit Grob- und Feinzielen für jedes Kind individuell zu erarbeiten und darauf achtzugeben, dass weder Über- noch Unterforderung entsteht. Wichtig ist, dass der/die TherapeutIn als Vorbild und Vermittler von Wissen vorausgeht, ohne Machtdemonstration auszuüben. Er/Sie soll eine angenehme Lernsituation schaffen, die die SchülerInnen dazu anregt, eigene Lösungsansätze zu erarbeiten und zu erproben. Das heilpädagogische Reiten kann in vier Phasen eingeteilt werden, die in der Entwicklung jedes Kindes und jeder Therapiegruppe auf gleiche Art und in gleicher Reihenfolge durchlaufen werden.

Phase I: Vertrauen zum Pferd und TherapeutIn aufbauen

Um zum freien Reiten zu gelangen, ist es unabdingbar, die Grundtechnik des Reitens an der Longe zu erlernen. Dabei wird in Gruppen von maximal zwei bis drei Personen ein Kind nach dem anderen longiert. Die Vor- und Nachversorgung des Pferdes sind natürlich in die Stunde einzubinden. Durch den Erwerb der Grundtechniken erhält auch der/die TherapeutIn Einblick in die bereits vorhandenen Fähigkeiten, Stärken und Schwächen und kann somit leichter Lernziele formulieren und die Planung durchführen. Das erste Lernziel, das an der Longe erreicht werden muss, ist das Leichttraben, ohne sich mit den Händen festzuhalten. Die SchülerInnen müssen über das Ziel informiert sein und selbst feststellen, wann sie es erreicht haben. Der/Die PädagogIn wird zum/zur PartnerIn und nimmt keine übergeordnete Instanz ein (Pauel, 2005).

Ist dieses Ziel erreicht, kann zur zweiten Phase geschritten werden.

Phase II: Einlassen und Verlassen auf das Pferd

In diesem Abschnitt ist es von großer Bedeutung, dass die Kinder Vertrauen zum/zur PädagogIn, zum Pferd, zu den ReitkollegInnen sowie zur Gesamtsituation erwerben. Hierfür ist das Reiten hintereinander in der Gruppe am besten geeignet. Der/Die ReitpädagogIn gibt die „Zügel aus der Hand“ und überträgt den Kindern die Verantwortung für das Pferd. Es geschieht primär eine gegenseitige Anpassung von Pferd und ReiterIn, die für alle Beteiligten oftmals mit Unsicherheit und Unruhe verknüpft ist. Der/Die TherapeutIn sind dazu veranlasst, mit viel Geduld, Ruhe und Überblick das Geschehen zu beobachten und die Anpassung von Reittier und SchülerIn zu begleiten. In dieser Phase nimmt die Vor- und Nachversorgung des Pferdes noch einen Großteil der Zeit in Anspruch. Fallweise kann der/die TherapeutIn ängstliche Kinder an der Hand führen. Ziel ist jedoch, dass jedes Kind Verantwortung für sein Reitpferd übernimmt. In dieser Phase können auch bereits Hufschlagfiguren erlernt werden und kann das Durchparieren vom/von der letzten ReiterIn weg bis zum ersten geübt werden.

Phase III: Im Dialog mit dem Pferd und der Gruppe aktiv werden

In der dritten Phase ähnelt die Therapiestunde bereits stark einer Reitstunde aus dem Pferdesport. Zu Beginn wird noch das Hintereinanderreiten geübt, sobald jedoch alle Kinder in der Lage sind, an der Spitze der Schlange zu reiten, kann das Durcheinanderreiten trainiert werden. Der/Die PädagogIn sieht sich in diesem Abschnitt mit Ausprobieren, Grenzerforschungen, Tests aber auch großen Erfolgen konfrontiert. Die Kinder sind zunehmend in der Lage, die Pferde realistischer einzuschätzen und merken den Einfluss des/der ReitpädagogIn. Diese/r muss standhaft bleiben und neue Grenzen ziehen. Seitens der SchülerInnen sind steigendes Durchsetzungsvermögen und Rücksichtnahme den Pferden gegenüber von großer Bedeutung. Sie müssen ab nun die volle Verantwortung übernehmen, eigene Handlungen kritisch hinterfragen, um Gleichberechtigte in der Beziehung mit dem Pferd zu werden wie der/die TherapeutIn. Diese Phase bietet die Möglichkeit, das Selbstbewusstsein und die Selbstständigkeit durch kleine Teilerfolge zu verstärken. Die SchülerInnen müssen nun auch lernen, auf ihre ReitkollegInnen zu achten. Die Individualität wird durch das Durcheinanderreiten gefördert, fordert ihrerseits aber auch vermehrte Zusammenarbeit unter den SchülerInnen. Diese Interaktionen können leichter vonstattengehen, wenn ein positives Klima in der Gruppe herrscht, das durch Ähnlichkeiten im Verhalten unter den Kindern entstehen kann. Die oftmals im Alltag erlebte Isolation kann so unterbunden werden (Pauel, 2005).

Phase IV: Selbstständiges Reiten im Einklang mit dem Pferd und in der Gruppe

In der letzten Phase des HPR tritt der/die PädagogIn noch weiter in den Hintergrund und lässt die Kinder durch individuelles Experimentieren und Gruppenaktivitäten die Beziehung zum Pferd noch weiter vertiefen. Durch partnerschaftliches Miteinander kann mit vollem Ehrgeiz und Engagement in einer entspannten Atmosphäre gearbeitet werden. Ruhe und Harmonie bestimmen das Geschehen im Reitunterricht und Projekte können aufgrund der entstandenen Gruppendynamik in Angriff genommen werden. Der/Die PädagogIn hat die Aufgabe, die Gruppe bei der Ideenfindung und Durchführung von Projekten und Absichten zu unterstützen, zieht sich aber immer weiter aus der Gruppe zurück. Am Ende der vierten Phase steht das Abschiednehmen, was bei vielen SchülerInnen Trauer und Verunsicherung auslösen

kann. Deshalb muss das Thema in die Therapie eingebunden werden und müssen Gespräche darüber geführt werden. Abschiedsgeschenke, Fotos und Erinnerungen helfen dabei, den Schmerz zu lindern und den Kontakt zum/zur TherapeutIn und zum Pferd auch nach der Therapie aufrecht zu erhalten (Pauel, 2005).

Nach Marianne Gäng (2004, S. 58) kann eine einzelne Unterrichtseinheit innerhalb der vier Phasen des HPR wie folgt aufgebaut sein:

„1. Emotionale Kontaktaufnahme, Beziehungsanbahnung Kind/Pferd“

Zeit: ca. 10-15 Min.

„2. Hauptteil“

Zeit: ca. 30 Min. bei Anfängern / 50 Min. bei Fortgeschrittenen

„3. Verabschieden und Versorgen“

Zeit: ca. 10 Min.

„4. Kurze schriftliche Stellungnahme zum Lektionsverlauf“

(wird durch den/die ReitpädagogIn durchgeführt)

Die Zeit sowie die Inhalte variieren je nach Fortschritt der SchülerInnen.

1.12.2. Pädagogische Grundlagen

Die pädagogischen Grundlagen des HPR ähneln in vielen Punkten jenen des HPV, hinzu kommt der korrekte Sitz auf dem Pferderücken als pädagogischer Hintergrund, der als Kommunikationsmittel dient. Während der (Grund-)Sitz beim HPV nur als Ausgangspunkt für alle weiteren Übungen dient, ist er beim Reitsport die unbedingt notwendige Voraussetzung für das harmonische Zusammenspiel von Bewegungen zwischen Pferd und ReiterIn. Der Sitz alleine dient dazu, Sicherheit zu vermitteln, sich mit dem Pferd auseinanderzusetzen, fordert die Bereitschaft, Berührungen zuzulassen und Flexibilität zu entwickeln und sich hundertprozentig auf den Partner Pferd einzulassen. Die Hilfengebung auf dem Pferderücken steigert außerdem die Kommunikation und verlangt vom Reiter starke Disziplin. Durch das HPR ist es also mög-

lich, Defizite in der alltäglichen Kommunikation zu verbessern und so ein aktives Mitmachen des Pferdes zu forcieren (Pauel, 2005).

Ein weiterer Punkt der pädagogischen Grundlagen ist die Raumorientierung und -erfassung. Diese kann durch das selbstständige Reiten in der Halle oder im Viereck ebenfalls stark positiv beeinflusst werden, was im HPV durch das Longieren des Pferdes eher nicht der Fall sein wird. Die Kinder müssen lernen, die Bewegungen und Hilfen im Voraus zu planen, damit sie beim Durcheinanderreiten in der Lage sind, ihre eigenen Wege zu gehen und Variationen, die vom/von der PädagogIn gefordert werden, reiten zu können. Dies führt zwangsläufig zu einer verstärkten Körperwahrnehmung und einem besseren Gleichgewichtssinn (Schulz, 2005).

In der folgenden Grafik ist eine Zusammenfassung aller genannten Punkte, die Bestandteil einer Therapiestunde sein sollten, abzulesen. Sowohl für das HPV als auch für das HPR gilt grundsätzlich eine ähnliche Aufteilung.

Phasenmodell einer Förderstunde

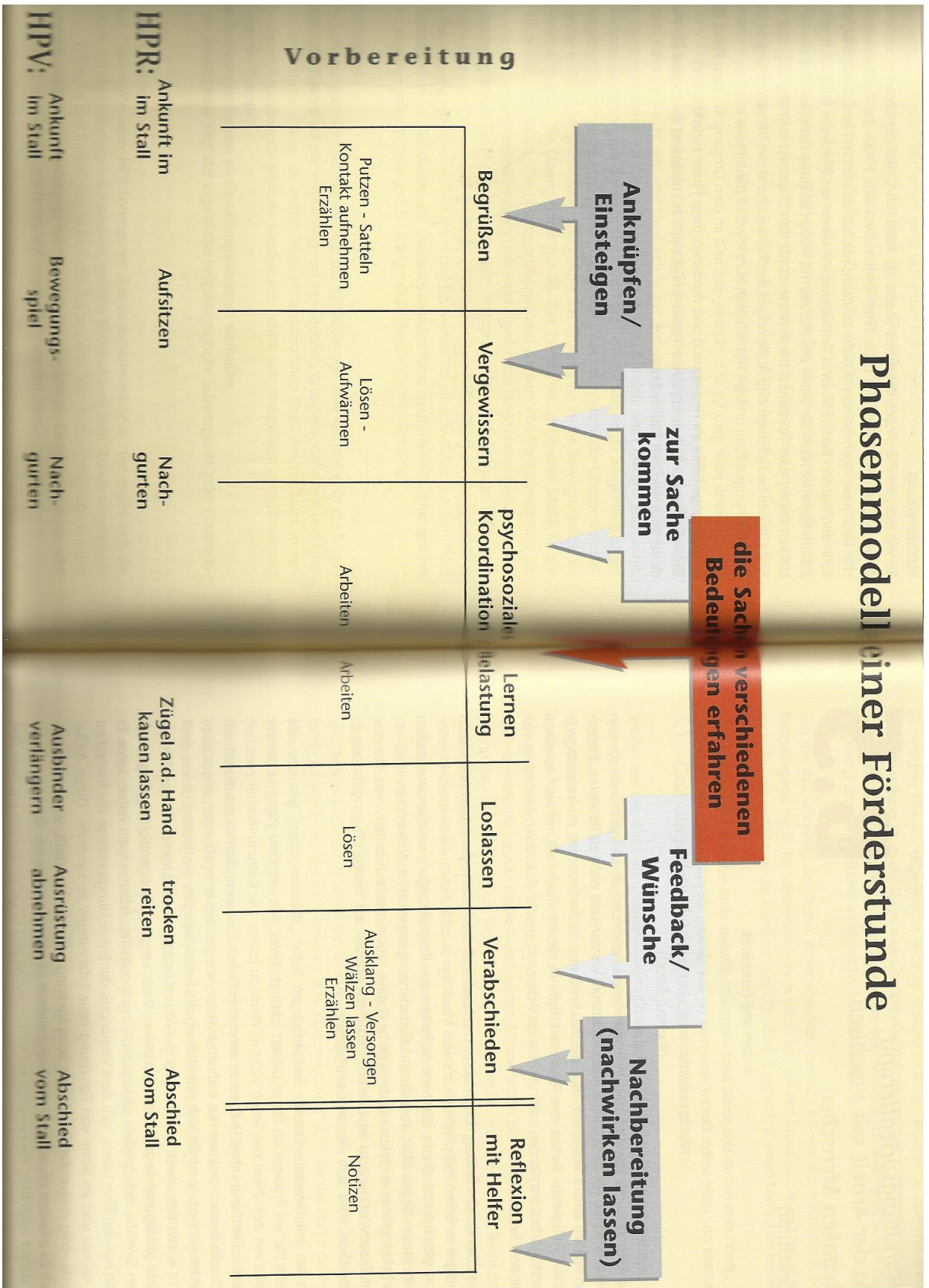


Abb. 9: Aufbau einer Förderstunde im HPV/R nach Claudia Pael (2005, S. 236)

1.13. Heilpädagogische Wirkungsweise

1.13.1. Wahrnehmungsverbesserung

Vanessa Ihm (2004) beschreibt in ihrem Werk die Wirkung des HPV/R auf alle Sinne des Menschen sowie die Verbesserung der sensorischen Integration durch das Voltigieren oder auch Reiten.

Unter sensorischer Integration versteht Jean Ayres den Ordnungs- und Verarbeitungsprozess von Sinneseindrücken, der zu einer angemessenen Reaktion führt. Bei Kindern, die also an einer Störung der sensorischen Integration leiden, ist Reaktion auf Sinnesreize unpassend und wird durch das Arbeiten mit dem Pferd geübt (http://www.neuropaediatric.com/uploads/media/Sensorische_Integrations_lang_01.pdf).

Die positiven Erfahrungen bei der Verarbeitung von Sinneswahrnehmung werden durch das HPV/R vor allem von „Kinder mit Hör- oder Sehbehinderung [...], sowie auch Kinder mit ADS, hyperaktive Kinder, frühgeborene Kinder, Kinder mit Disbalance ihrer motorischen Entwicklung oder mit eingeschränkter Vitalität [...]“ (Ihm, 2004, S. 44) durchlebt.

Durch das Berühren des Pferdes, das Putzen, die Pflege des Fells, daserspüren des Untergrunds usw. werden sowohl taktile Sinne als auch der vestibuläre Sinn angesprochen. Die Grundgangarten des Pferdes, also Schritt – Trab – Galopp sprechen ebenfalls vermehrt den vestibulären Sinn an (Gäng, 2004; Ihm, 2004).

Das ständige Halten der Balance und des Gleichgewichts sowie die permanente Aktivierung der Sinne und das Durchleben der rhythmischen Bewegungen der Pferdegangarten haben einen positiven Einfluss auf die Selbsterfahrung (Klüwer, 2005).

1.13.2. Motorische Verbesserung

Die zuvor angesprochene Förderung des Gleichgewichts beim HPV/R durch die sich permanent bewegende Unterlage „Pferd“ fördert nicht nur die Sinneswahrnehmung, sondern trägt auch zur Verbesserung der gesamten Motorik, der Koordination und Körperspannung positiv bei. Körperliche Fähigkeiten, die zur Motorik gezählt werden, sind auch Kondition, Ausdauer, Muskelkraft und Agilität. Kinder mit AD(H)S leiden

nicht selten unter Koordinationsschwierigkeiten, die durch ein unpassendes Zusammenspiel von Sinnes- und Muskelfunktionen entstehen. Es kann hierbei zu Koordinationsschwierigkeiten im grob- und feinmotorischen, stützmotorischen und handlungsmotorischen Bereich kommen. Beim HPV/R werden weiters sowohl die Sprung- und Stützkraft, die Reaktionsgeschwindigkeit, die Spreizfähigkeit und die Fähigkeit zur Anpassung gefordert und gefördert (Ringbeck, 2004).

1.13.3. Kognitive Verbesserung

Nach Ihm (2004) bietet das HPV/R vor allem zwei Möglichkeiten zur Förderung der kognitiven Leistung. Dies sind die Verbesserung der Konzentration sowie die Steigerung der Aufmerksamkeit. All das geschieht auf unterbewusste Art und Weise durch das ständige Konzentrieren auf die Interaktion mit dem Pferd. Die Kinder wissen, dass die Aufmerksamkeit und Konzentration auf das Verhalten des Pferdes während der gesamten Therapieeinheit nicht vermindert werden darf und werden so spielerisch an dieses Ziel herangeführt. Neben dem unterbewussten Training der kognitiven Fähigkeit, können auch ganz bewusst Spiele eingesetzt werden, die als weitere Förderungsmaßnahme dienen.

Marianne Gäng (2004) spricht auch die sprachlichen Fördermöglichkeiten durch das HPV/R an, da durch das Benennen der Körperteile des Pferdes, der Ausrüstungsgegenstände und Utensilien, die im Unterricht verwendet werden, auf freiwilliger Basis mit den Kindern geübt werden kann. Denn alles, was die Kinder für das Pferd machen, ist freiwillig.

Aufgrund der Freude, die die Kinder am Voltigieren oder Reiten haben und die Entspannung, die sie am Pferderücken erleben, sind sie oft aufnahmefähiger und gewillter, Hilfe und Unterstützung anzunehmen als in herkömmlichen Situationen, wie zum Beispiel in der Schule (Kröger, 2004).

1.13.4. Psychisch-emotionale Verbesserung

Warum Pferde den Menschen emotional so berühren, versucht Voßberg (2004, S. 168) so zu erklären: „Das Pferd vermittelt seine Beziehungsinhalte in Zuwendungen und Abgrenzungen, durch seine Eindeutigkeit und Offenheit.“ Weiters ist er der Mei-

nung, dass die Zuwendungen der Pferde mit für den Menschen wichtigen Beziehungsinhalten wie „Anerkennung, Akzeptanz, Wertschätzung, Zugehörigkeit“ (Voßberg, 2004, S.168) übereinstimmen. Das Pferd drückt sich durch den Blick- und Körperkontakt, die Wärme und die Bereitschaft, dem Menschen zu dienen, aus.

Pferde sind nicht in der Lage, sich anzubiedern oder zu bestrafen, sie sind ehrlich und machen ein offenes Angebot für eine Beziehung. Durch den Kontakt mit Pferden werden die Stimmungen des Menschen immer wieder positiv beeinflusst und die Bedürfnisse nach Zuneigung und Akzeptanz gestillt. Durch diese Erfahrungen kann in späterer Folge auch der Umgang mit Mitmenschen beeinflusst werden. Die Steigerung des Selbstwertgefühls, wie schon öfters angesprochen, ist ebenfalls ein Punkt, der bei kaum einem anderen pädagogischen Medium so ausgeprägt ist, wie beim HPV/R. Die Motivation wird durch die kleinen Schritte des Erfolges gesteigert, Ängste werden genommen und Depressionen verringert (Gäng, 2004).

1.13.5. Soziale Verbesserung

Im Bereich der sozialen Kompetenzen können drei Hauptfaktoren verbessert werden. Zum einen können durch die Gruppentherapie soziale Kontakte geknüpft und Freundschaften geschlossen werden, wodurch die Einsamkeit und Isolation minimiert wird. Zum anderen müssen die Kinder lernen Hilfe zu leisten und auch entgegenzunehmen, damit sie beim Voltigieren oder Reiten Fortschritte machen können. Als dritter Punkt ist es notwendig, Rücksicht gegenüber den PartnerInnen und dem Pferd aufzubringen, um ein gemeinsames Arbeiten ermöglichen zu können. Die Kinder merken schnell, dass soziale Regeln und Abmachungen große Bedeutung haben und können diese Erkenntnis auch in den Alltag mit hinaustragen. Das Teilen von Pferd, PädagogIn und Utensilien sowie die Ruhe und Geduld bei der Arbeit mit dem Pferd sind weitere Effekte, die die soziale Kompetenz stärken (Ihm, 2004; Gäng, 2004).

Auch die Erkenntnis, dass die Wünsche und Bedürfnisse vor ihren eigenen stehen und vorher befriedigt werden müssen, um ein angenehmes Arbeiten mit dem Pferd zu ermöglichen, verfestigt die sozialen Fähigkeiten von Kindern (Gäng, 2004).

1.13.6. Verbesserungen im Verhalten

Dieser Punkt ist besonders in der Therapie von Kindern mit AD(H)S von großer Wichtigkeit. Durch die Zusammenarbeit mit dem Therapiepferd lernen Kinder ihr eigenes Verhalten zu kontrollieren, zu korrigieren und richtig einzuschätzen. Da Pferde immer artgerecht auf Reize reagieren, eignen sie sich besonders gut für die Therapie von verhaltensauffälligen Kindern, weil somit selbstgesteuerte Verhaltenskorrekturen herbeigeführt werden können (Ihm, 2004).

Das Pferd äußert seinen Unmut über falsches Verhalten durch Wegdrehen, Beißen, Davonlaufen, Scheuen. Da es sich allerdings beim Pferd um ein Fluchttier handelt, wird es in den meisten Fällen von Fehlverhalten die Flucht ergreifen, wenn sich Kinder beispielsweise zu stürmisch oder zu grob benehmen. Pferde vermitteln den Kindern Anpassbarkeit, wie zum Beispiel beim Anpassen an den Bewegungsrhythmus, und führen sie zu einer Erweiterung ihrer Handlungskompetenz (Voßberg, 2004; Ihm, 2004; Gäng, 2004).

Pferde sind außerdem Lehrmeister, wenn es um das Trainieren von Nähe- und Distanzverhalten geht. Die Kinder lernen auf natürliche und spielerische Art und Weise, den richtigen Abstand zum richtigen Zeitpunkt einzuhalten und bei Bedarf auch Nähe zuzulassen (Voßberg, 2004).

Die hierarchische Rangordnung, die unter Pferden herrscht, kann auch als Teil der Therapie mit verhaltensauffälligen Kindern angesehen werden. Sie müssen sich zwar in den richtigen Momenten durchsetzen können, jedoch auch Einfühlungsvermögen zeigen, wenn dies von ihnen verlangt wird. Haben sie diese Einschätzung in der Therapie mit dem Pferd verinnerlicht, so können sie ihre Erfahrungen auch später beim Umgang mit den Mitmenschen einsetzen. Starre und eingefahrene Verhaltensweisen haben beim HPV/R keinen Platz, denn flexibles Denken und Handeln ist bei der Arbeit mit Pferden von großer Priorität. Dies verhilft den Kindern dazu, auch im Alltag von starren Verhaltensformen loszukommen und Probleme flexibler lösen zu können (Gäng, 2004; Ihm, 2004).

Gerade für die Therapie der drei Primärsymptome von AD(H)S müssten die Verbesserungsmöglichkeiten im sozialen Bereich von Vorteil sein. Aufmerksamkeit und Ruhe werden beim HPV/R stark beansprucht und impulsives Verhalten wird das Therapiepferd sofort mit artgerechter Fluchtreaktion ahnden. Kinder, die an AD(H)S leiden,

wollen wie andere Kinder auch, Zugang zum Pferd finden und fügen sich bereitwillig und ohne Zwang in die neuen Aufgaben, die aus der Pferdearbeit heraus entstehen. Körperliche Defizite, Konzentrationsprobleme, oppositionelles Verhalten, Angst usw. können abgebaut und Verbesserungen der sozialen Kompetenzen herbeigeführt werden. Dies alles wird mit dem zweiten Teil der vorliegenden Diplomarbeit, der empirischen Studie zur Wirkungsweise von HPV/R auf Kinder mit Aufmerksamkeits-schwierigkeiten, versucht, zu erforschen.

2. HYPOTHESE

2.1. Untersuchungsansatz

Ziel der Untersuchung ist es, mit Hilfe von standardisierten Fragebögen für Eltern und Angehörige von Kindern mit AD(H)S sowie für die TherapeutInnen, die die Therapien durchführen, feststellen zu können, ob das heilpädagogische Voltigieren/Reiten die Symptome der AD(H)S vermindert. Nach der eingehenden Analyse der einerseits für das Thema AD(H)S, andererseits für das heilpädagogische Voltigieren/Reiten relevanten Literatur, liegt die Vermutung sehr nahe, dass es positive Auswirkungen auf die Symptomatik der Kinder hat. Dies soll durch die Untersuchung bewiesen bzw. widerlegt werden.

2.2. Hypothesen

Das heilpädagogische Voltigieren/Reiten vermindert die Primärsymptome der AD(H)S (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) sowie auch die Sekundärsymptome (siehe Kapitel 1.6.2).

Durch das heilpädagogische Voltigieren/Reiten können andere Therapieformen, vor allem die medikamentöse Behandlung, vermindert werden.

3. MATERIAL UND METHODEN

3.1. Probanden

Die Grundlage für diese Diplomarbeit bilden 16 Datensätze, 12 Befragungen der Eltern/Angehörigen und 4 der TherapeutInnen, die die von der AD(H)S betroffenen Kinder therapieren.

Die Untersuchung basiert auf der subjektiven Wahrnehmung der Angehörigen von Kindern mit AD(H)S. Um die Effekte und Auswirkungen des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens auf die betroffenen Kinder auch tatsächlich erkennen zu können, wurden die Fragebögen erst nach einer Therapiezeit von mindestens 10 Einheiten ausgefüllt. Die Zielgruppe umfasst, mit einer Ausnahme, zwölf Kinder im Pflichtschulalter von sieben bis fünfzehn Jahren ($x = 9,3 \pm 3,3$). Auffallend ist, dass 83,3% der befragten Eltern bzw. Angehörigen berufstätig sind.

Die zweite Befragung wurde mit vier TherapeutInnen durchgeführt, die im Alter von fünfunddreißig bis neunundvierzig Jahren sind sowie mit einer Physiotherapeutin im Alter von dreißig Jahren, die schon über einen längeren Zeitraum mit verhaltensauffälligen Kindern im heilpädagogischen Reiten und Voltigieren arbeitet.

3.2. Untersuchungsbeschreibung

Die bei der Untersuchung verwendeten Fragebögen für die Eltern und Angehörigen umfassen zweiunddreißig Fragen, die in fünf Kapitel unterteilt werden. Zu Beginn des Fragebogens werden Fragen zum ausfüllenden Elternteil bzw. Angehörigen und zum betroffenen Kind gestellt. Das dritte Kapitel behandelt das HPV/R, also die Häufigkeit, die Art der Therapie, zusätzliche Therapien wie Medikation etc. Im vierten Teil des Fragebogens wird der schulische Werdegang des Kindes genauer beleuchtet. Hierbei werden Fragen über den Verlauf des schulischen Werdegangs und etwaige Probleme, die in der Laufbahn aufgetreten sind, hinterfragt. Als letztes und größtes Kapitel des Fragebogens wird die Symptomatik der AD(H)S angesprochen und werden Verbesserungen in bestimmten Teilbereichen, die durch das HPV/R zustande gekommen sind, erforscht.

Der zweite Fragebogen für die TherapeutInnen ist ähnlich aufgebaut, wie der Elternfragebogen und setzt sich aus drei größeren Kapiteln zusammen. Zu Beginn werden

Fragen zur Person gestellt, in weiterer Folge wird die Ausbildung genauer beleuchtet. Schlussendlich werden Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag ermittelt.

Beide Formen der Fragebögen können im Anhang angesehen werden.

3.3. Statistische Analyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS Version 15.0, bei dem durch Häufigkeitstabellen die absoluten Häufigkeiten der Antworten ermittelt wurden. Die Balkendiagramme entstammen dem Programm SPSS Version 15.0, während die Kreisdiagramme nach den ermittelten Werten aus SPSS im Excel erstellt wurden.

4. ERGEBNISSE

4.1. Elternfragebogen

4.1.1. Fragen zum Elternteil/Angehörigen

4.1.1.1. Angehöriger/Elternteil

Von den insgesamt 12 befragten Angehörigen handelte es sich bei 75% um die Mutter, bei 8,3% um den Vater des betroffenen Kindes und bei 16,7% um andere Angehörige. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt zwischen 29 und 57 Jahren ($x = 40,9 \pm 8,1$).

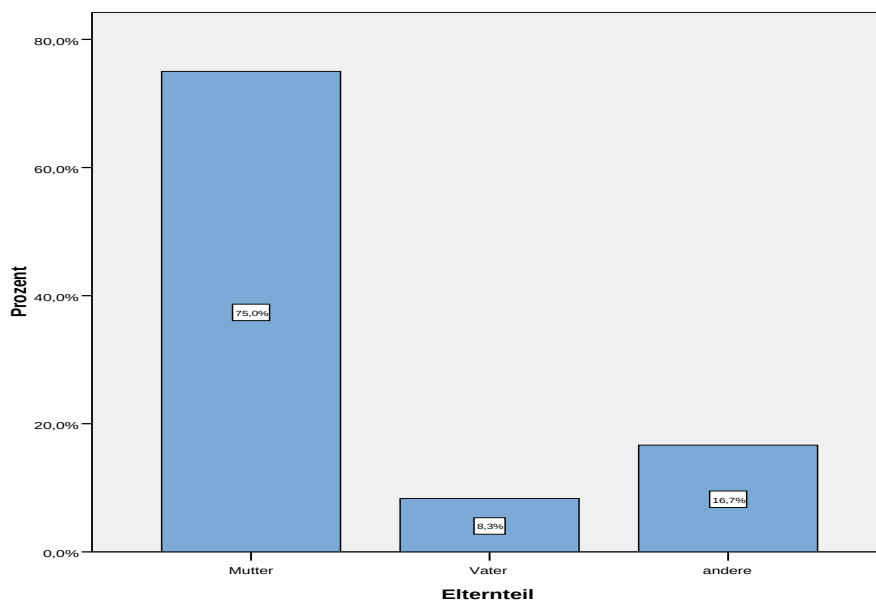


Abb. 10: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, um welchen Elternteil es sich handelt bzw. ob es sich um andere Angehörigen handelt.

4.1.1.2. Berufstätigkeit

Die Berufstätigkeit der befragten Eltern/Angehörigen ist hoch. Von den befragten Angehörigen sind 83,3% arbeitstätig (siehe Abbildung 11). Die Berufstypen variieren stark und reichen von AbteilungsleiterIn über AnlagefahrerIn hin zum/r Arzt/Ärztin, kaufmännischer/n Angestellter/n, KraftfahrerIn, MusiklehrerIn, PolizistIn, RadiologIn, RaumpflegerIn und VS LehrerIn.

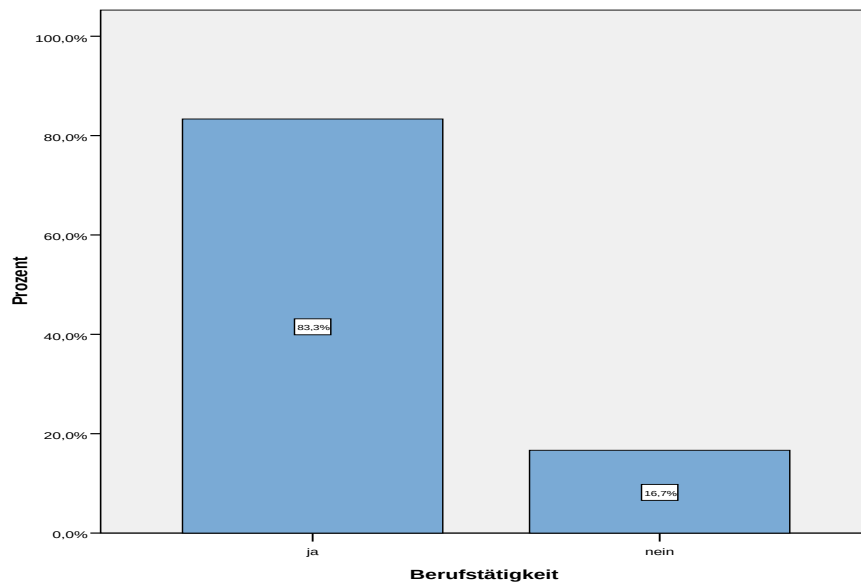


Abb. 11: Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage zur Berufstätigkeit.

4.1.2. Fragen zum Kind

4.1.2.1. Altersstruktur und Geschlechterverteilung

Die betroffenen Kinder waren im Durchschnitt $9,3 \pm 3,3$ Jahre alt, wobei bis auf eine/n ProbandIn alle bereits im Schulalter waren und eine/r das Pflichtschulalter bereits überschritten hatte.

Von den betroffenen Kindern gehören zwei Drittel dem männlichen Geschlecht an, dieser Wert ist typisch für die überdurchschnittlich hohe Rate an männlichen Betroffenen von AD(H)S, die auch in der Literatur beschrieben wird.

4.1.2.2. Anzahl der Kinder/Familie und von AD(H)S betroffenen Kinder

Wie in Abbildung 12 erkennbar ist, liegt die Zahl der Kinder pro Familie in 58,3% bei einem Kind. 25% der Familien haben zwei Kinder und 16,7% sind Familien mit drei Kindern. Eine der befragten Personen gab außerdem an, dass ein weiteres Kind in der Familie an AD(H)S leidet, dies ergibt einen Prozentsatz von 8,3%. 50% der ProbandInnen haben angegeben, dass es einen Verdacht auf AD(H)S unter den Vorfahren gibt.

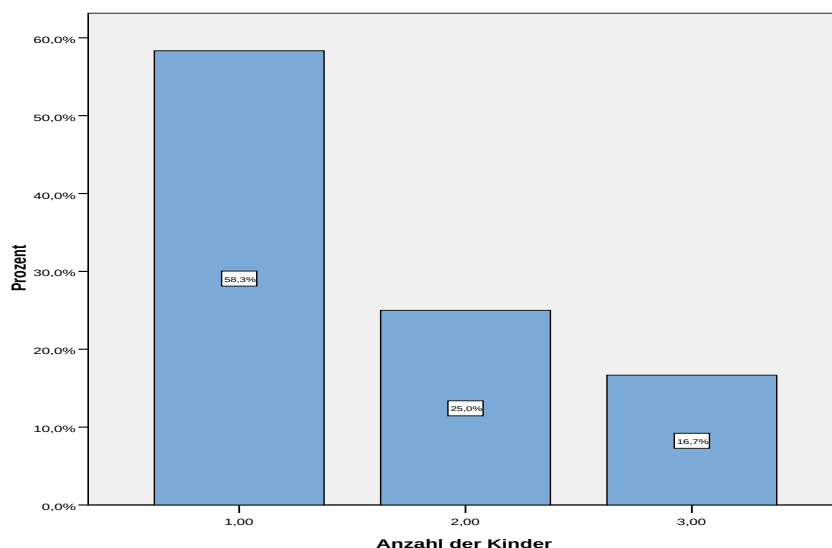


Abb. 12: Verteilung der Häufigkeit der Kinderanzahl pro Familie.

4.1.2.3. Diagnosezeitpunkt

Der Zeitpunkt der Diagnose in Monaten variiert stark. Nur drei Viertel der befragten Eltern/Angehörigen konnten überhaupt Angaben zum Diagnosezeitpunkt machen und dabei liegt der Mittelwert vor $49,9 \pm 43,6$ Monaten, also im Jahr 2008, vor etwa vier Jahren. Die betroffenen Kinder, bei denen die Eltern/Angehörigen Angaben machen konnten, waren zur Zeit der Diagnose bereits im (Vor-)Schulalter.

4.1.2.4. Art der Diagnose

Nicht alle Angehörigen/Eltern konnten eine genaue Angabe der Diagnoseart machen. Die Diagnosen wurden auf unterschiedliche Arten gestellt, beinhalten jedoch zu alle eine psychologische Testung bzw. eine Testung nach dem DSM-IV in einem Krankenhaus.

Art der Diagnose	Häufigkeit	Prozent
EEG, Psychologische Testung	1	8,3
Entwicklungstest ET 6-6, Hörverarbeitungstest, DSM-IV	1	8,3

Psychologische und Neurologische Testung	1	8,3
Psychologische Testung	2	16,7
Psychoorganische Untersuchung	1	8,3
Testung	1	8,3

Tab. 1: Häufigkeiten und Prozent der Antworten auf die Frage nach den Diagnosearten

4.1.3. Fragen zum Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten

4.1.3.1. Hinführung zum HPV/R

Ein Großteil der Befragten gab an, von Bekannten und Freunden zum HPV/R geführt worden zu sein. Weiters haben viele Elternteile selbst die Therapie als Möglichkeit für ihre Kinder in Erwägung gezogen oder wurden von den LehrerInnen auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht. Nur einem geringen Anteil wurde diese Therapie von einem/r Arzt/Ärztin empfohlen. Im Kindergarten wurde keiner der Elternteile/Angehörigen vom Personal auf das HPV/R verwiesen.

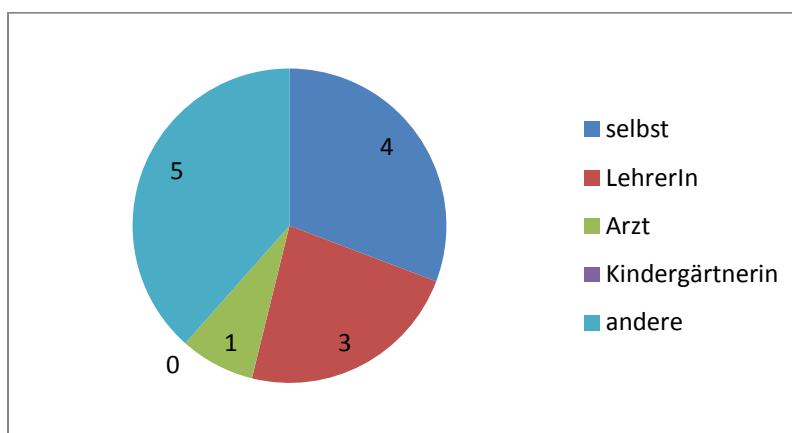


Abb. 13: Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage „Wer hat Sie auf HPV/R aufmerksam gemacht?“.

4.1.3.2. Zeitdauer

Alle betroffenen Kinder haben mindestens zehn Wochen an der Therapie teilgenommen. Der Großteil der Kinder hat eine dreimonatige Therapie hinter sich, wie in

Abbildung 14 verdeutlicht wird, während die höchste Therapiedauer bei drei Jahren liegt. Alle Befragten gaben eine Häufigkeit der Therapie von einmal wöchentlich an.

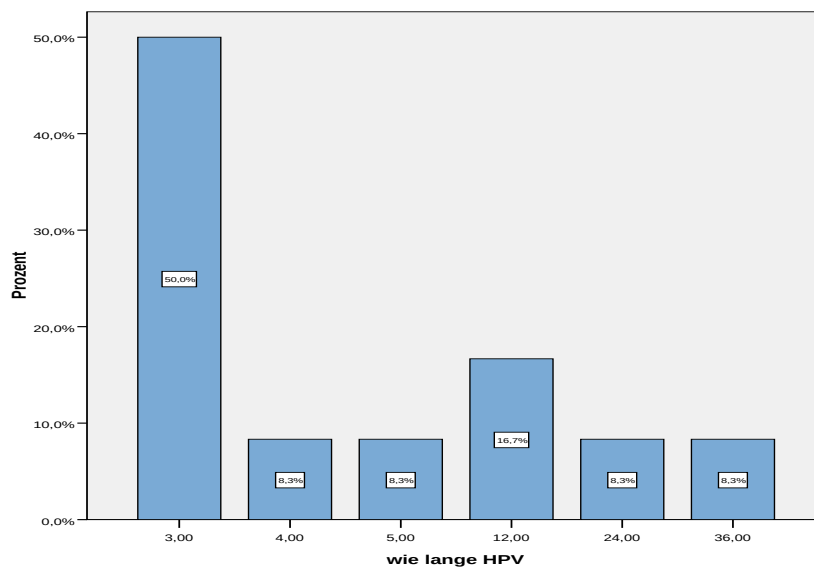


Abb. 14: Häufigkeitsverteilung der Zeitdauer der Therapie in Monaten.

4.1.3.3. Einzel-/Gruppentherapie

Abbildung 15 veranschaulicht die Häufigkeit der Gruppentherapien, die bei 83,3% liegt, was auch in der Literatur von Experten empfohlen wird (Gäng, 2004). Jeweils 8,3% machen eine Einzeltherapie oder dürfen beide Therapieformen besuchen.

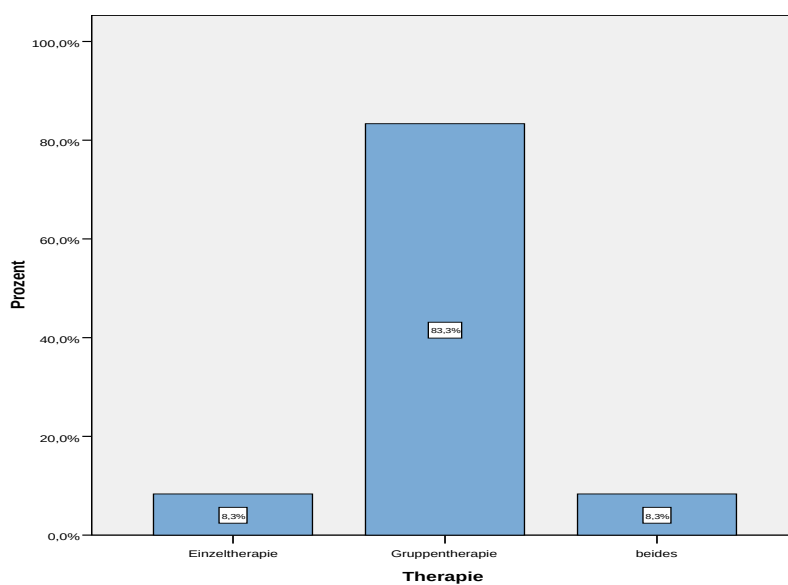


Abb. 15: Verteilung der Häufigkeit der unterschiedlichen Arten der Therapie.

4.1.3.4. Einverständnis des Arztes

91,7% der Befragten geben an, dass der Arzt mit der Therapieform des heilpädagogischen Voltigierens und Reitens einverstanden ist. Die übrigen 8,3% der Eltern/Angehörigen konnten auf diese Frage keine Antwort geben.

4.1.3.5. Zusätzliche Therapien

Wie in Abbildung 16 verdeutlicht wird, gaben 58,3% der Befragten an, dass ihre Kinder zusätzliche Therapien aufsuchen müssen, während die restlichen 41,7% keine weiteren Therapien haben.

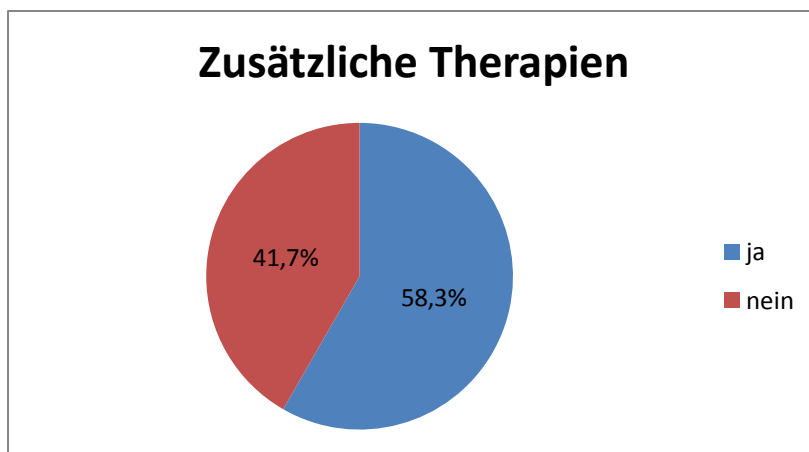


Abb. 16: Vergleich der Häufigkeiten zwischen zusätzlichen Therapien und keinen weiteren Therapien, die den Kindern zuteilwerden.

Unter den 58,3% finden sich folgende Zusatztherapien, die von den Kindern gemacht werden: Aufmerksamkeitstraining, Einzel- und Gruppentherapie bei Psychologin, Einzelvoltigiertherapie, Ergotherapie, konduktive Mehrfachtherapie und Logopädie.

4.1.3.6. Frühere Therapien

Abbildung 17 veranschaulicht, dass 66,7% der Befragten Eltern/Angehörigen angaben, dass es früher Therapien für ihre Kinder gab, die durch das heilpädagogische Voltigieren und Reiten überflüssig geworden sind und beendet werden konnten.

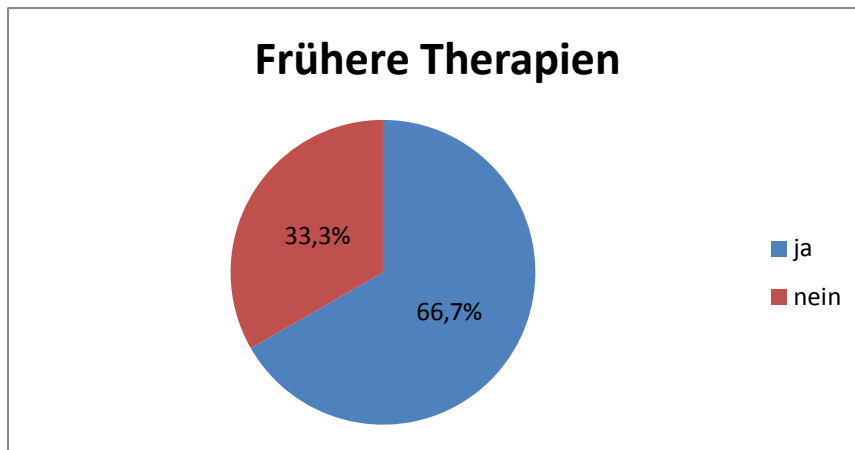


Abb. 17: Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach früheren Therapien, die aufgrund des HPV/R nicht mehr notwendig sind.

Zu den Therapien, die durch das HPV/R überflüssig geworden sind, zählen: Ergo-Klettern, Musiktherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Psychologische Betreuung.

4.1.3.7. (Haus-)Tiere/Therapiepferd

Drei Viertel der Eltern/Angehörigen gaben an, dass ihr Kind Umgang mit anderen Tieren hat oder sogar ein Haustier besitzt. Unter den genannten Tieren wurden folgende genannt, die in Abbildung 18 anschaulich gemacht wurden:

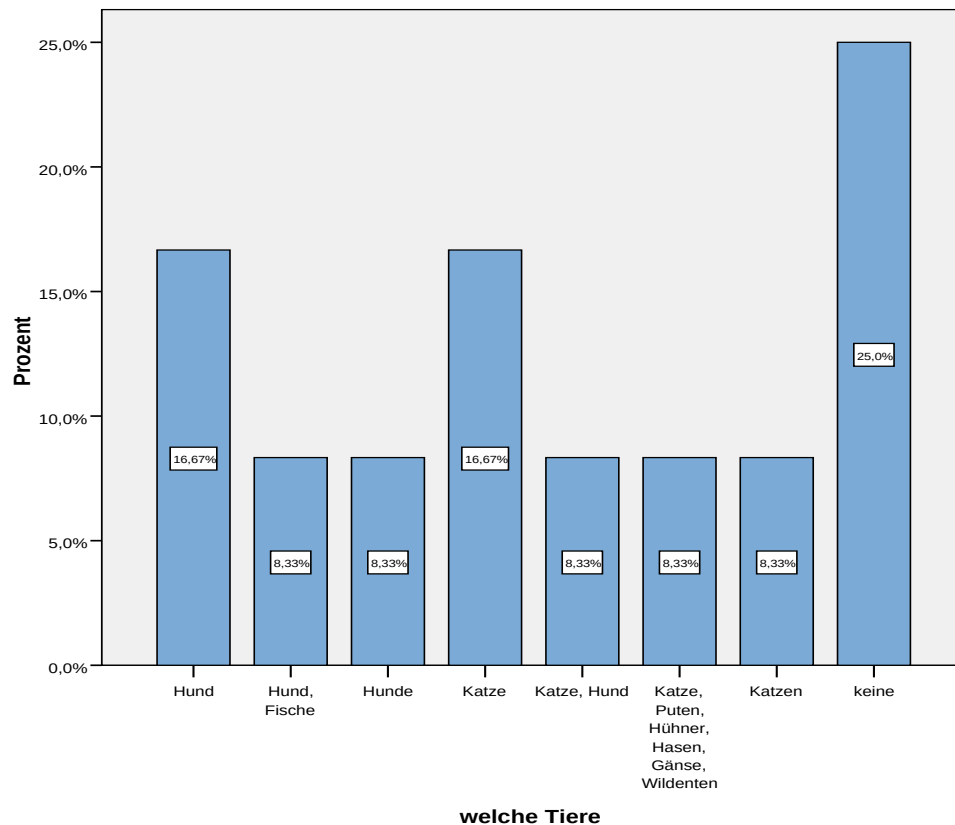


Abb. 18: Häufigkeit der (Haus-)Tiere, mit denen die betroffenen Kinder Kontakt haben.

Auffallend ist, dass 88,9% der Eltern/Angehörigen angaben, dass für die Therapieeinheiten immer das gleiche Therapiepferd für das HPV/R zur Verfügung steht. Der Grund dafür dürfte sein, dass es schwierig ist, ein Pferd zu finden, dass auf alle Betroffene optimal abgestimmt ist und somit die Wahl auf ein durchschnittliches Pferd fällt.

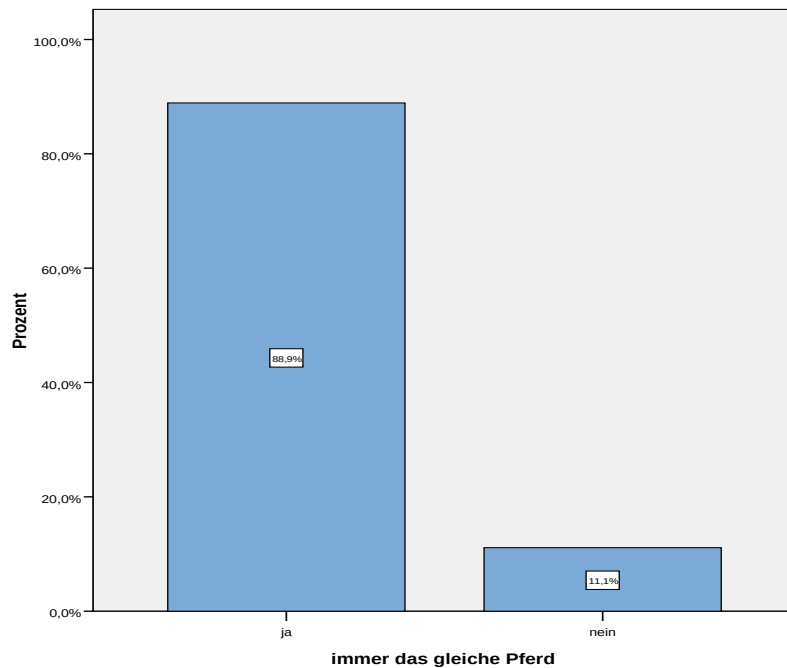


Abb. 19: Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage, ob in den Therapieeinheiten immer das gleiche Pferd verwendet wird.

4.1.3.8. Finanzielle Unterstützung

Auffallend gering ist der Anteil an Eltern, der eine finanzielle Unterstützung für die Therapie ihres Kindes erhält (25%). Die Geldgeber sind das Land NÖ und das Land OÖ sowie eine Allgemeine Sonderschule aus NÖ.

4.1.3.9. Medikation

36,4% der Kinder werden neben dem HPV/R mit Medikamenten behandelt. Die verwendeten Präparate sind Ritalin, Risperdal und Concerta.

4.1.4. Schulischer Werdegang

4.1.4.1. Kindergarten/Vorschule

Alle Elternteile/Angehörige haben bestätigt, dass ihr Kind den Kindergarten besucht hat. 66,7% der betroffenen Kinder mussten auch die Vorschule besuchen. Diese

Tendenz ist darauf zurückzuführen, dass, wie in der Einleitung beschrieben, Kinder mit AD(H)S zu Entwicklungsverzögerungen neigen.

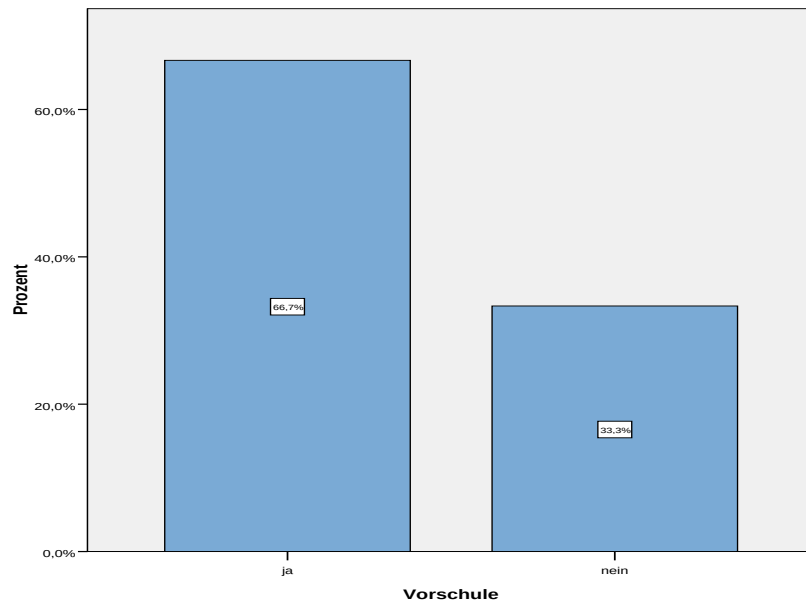


Abb. 20: Verteilung der Häufigkeiten der Antworten zur Frage nach dem Besuch der Vorschule.

4.1.4.2. Probleme in der Schule

Wie in Abbildung 21 deutlich ersichtlich, haben 81,8% der befragten Eltern/Angehörigen die Annahme bestätigt, dass Kinder mit AD(H)S mindestens einmal oder öfter Probleme im schulischen Kontext erlebt haben. Allerdings musste nur ein Viertel der Kinder eine Schulstufe wiederholen. Dabei ist in drei von vier der Fälle die erste Schulstufe wiederholt worden und in einem die vierte.

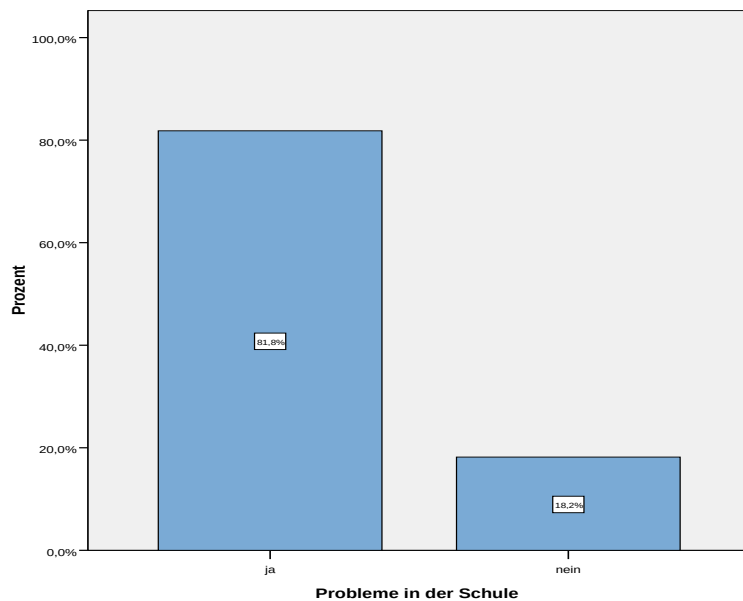


Abb. 21: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage nach aufgetretenen Problemen im schulischen Kontext.

4.1.4.3. Begabungen auf anderen Gebieten

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Zur Auswahl standen die Gebiete: Kunst, Sport, Handwerk, Technik, Soziales und anderes.

Die Eltern/Angehörigen der betroffenen Kinder erkennen in den Bereichen Handwerk, Sport und Technik besondere Begabungen. Zurückzuführen könnte dieses Ergebnis auf den relativ hohen Prozentsatz an männlichen Betroffenen sein, die in diesen Bereichen tendenziell zu höherer Begabung neigen als Mädchen.

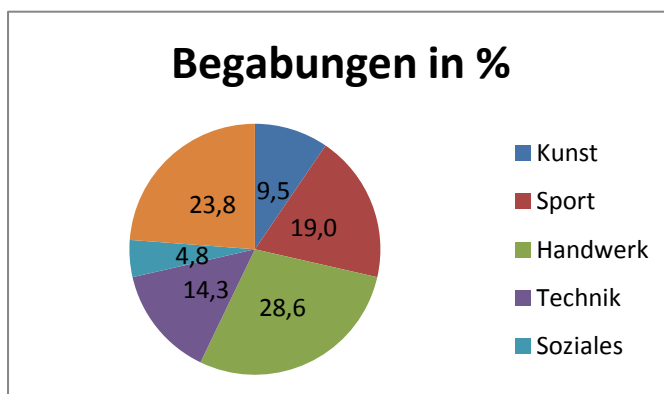


Abb. 22: Verteilung der Häufigkeiten, in denen nach Angaben der Angehörigen die Kinder besondere Begabungen aufweisen.

4.1.5. Symptomatik

4.1.5.1. Symptome

Die Diagramme zu den einzelnen Symptomen zeigen die Häufigkeiten in Prozent, die für die fünf vorgegebenen Wertelabels („Trifft sicher zu“, „Trifft eher zu“, „Trifft wenig zu“, „Trifft nicht zu“, „Weiß nicht“) durch die Befragung festgestellt wurden. Wurde ein Label von keinem/r der ProbandInnen angekreuzt, wurde es im Diagramm nicht berücksichtigt.

Durch die ersten beiden Fragen im symptomsspezifischen Teil des Fragebogens, konnte teilweise gezeigt werden, dass Kinder mit AD(H)S dazu neigen, Regeln in der Familie und in der Schule zu brechen und sich nicht oder nur begrenzt an Vorschriften halten. Kinder mit AD(H)S neigen tendenziell dazu, Regeln zu brechen, was durch die Auswertung (siehe Abbildungen 23) dieser Frage mit 58,7% im Bereich „Trifft sicher zu“ und „Trifft eher zu“ bestätigt werden konnte. 33,3% der Eltern/Angehörigen sind der Meinung, dass ihr Kind wenig oder keine Regeln in der Familie bricht. Wie in Abbildung 24 ersichtlich wissen 41,7% der Befragten nicht, wie sich ihr Kind in der Schule verhält und ob es sich an Regeln halten kann. 33,3% sind überzeugt, dass sich ihr Kind sicher nicht oder eher nicht an Regeln in der Schule hält, während 25% der Meinung sind, dass nur wenige Regeln gebrochen werden.

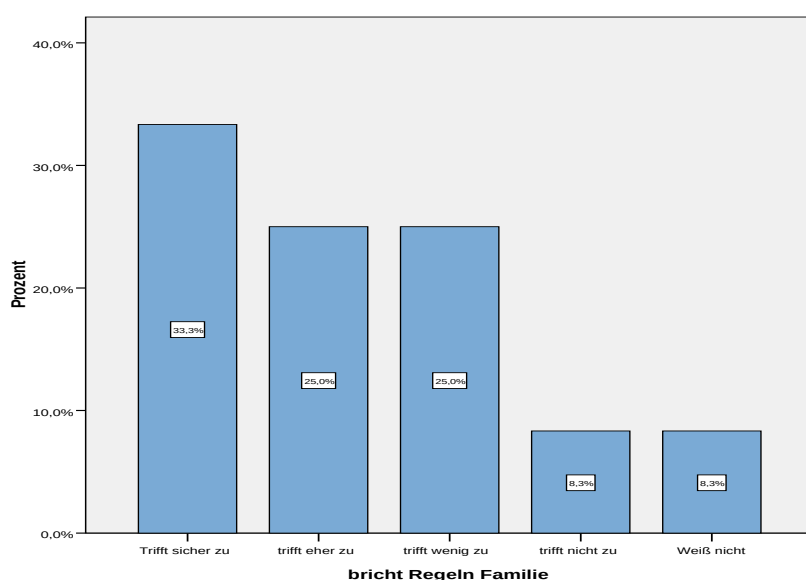


Abb. 23: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind Regeln in der Familie bricht.

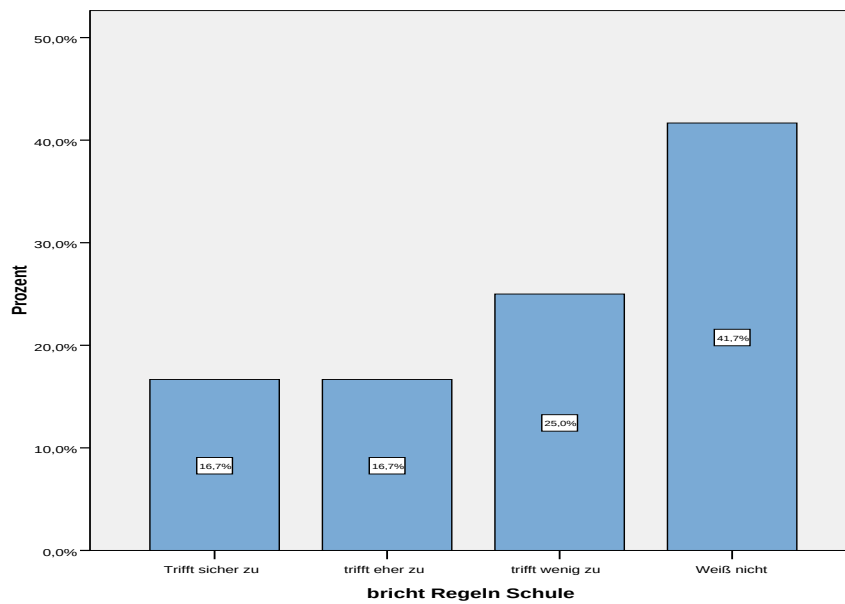


Abb. 24: Häufigkeitsverteilung zur Frage, ob das Kind Regeln in der Schule bricht.

Die Frage, ob das Kind den Unterricht stört, musste von 33,3% der Eltern/Angehörigen mit „Weiß nicht“ beantwortet werden. 25% sind überzeugt, dass ihr Kind den Unterricht stört, während 25% davon ausgehen, dass sich ihr Kind mehr oder weniger ruhig im Unterricht verhält.

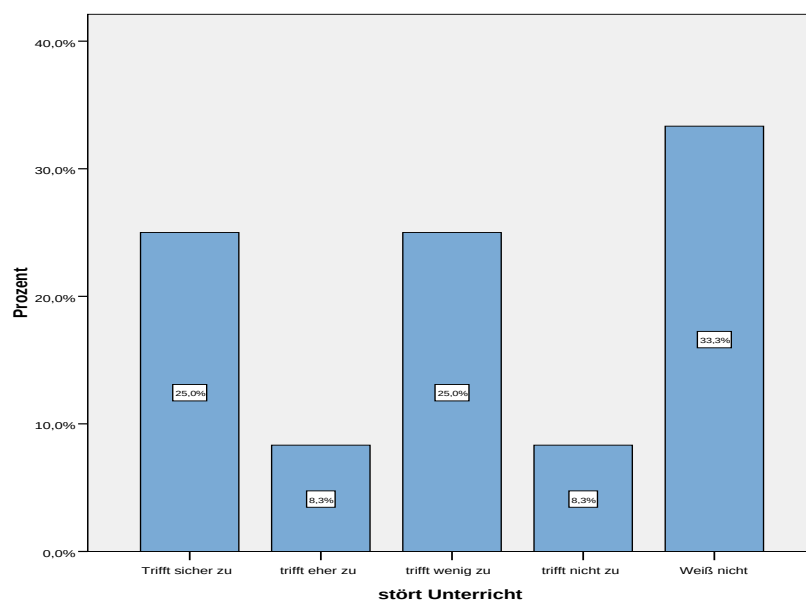


Abb. 25: Häufigkeitsverteilung zur Frage, ob das Kind den Unterricht stört.

In Abbildung 26 wurde verdeutlicht, dass 75% der Eltern/Angehörigen auf die Frage nach einer niedrigen Ausdauer ihres Kindes mit „Trifft sicher zu“ oder „Trifft eher zu“ geantwortet haben. Nur jeweils 8,3% haben „Weiß nicht“, „Trifft nicht zu“ und „Trifft wenig zu“ angegeben. Auch die Frage nach der Ablenkbarkeit der Kinder wurde mit 75% der bejaht (siehe Abbildung 27).

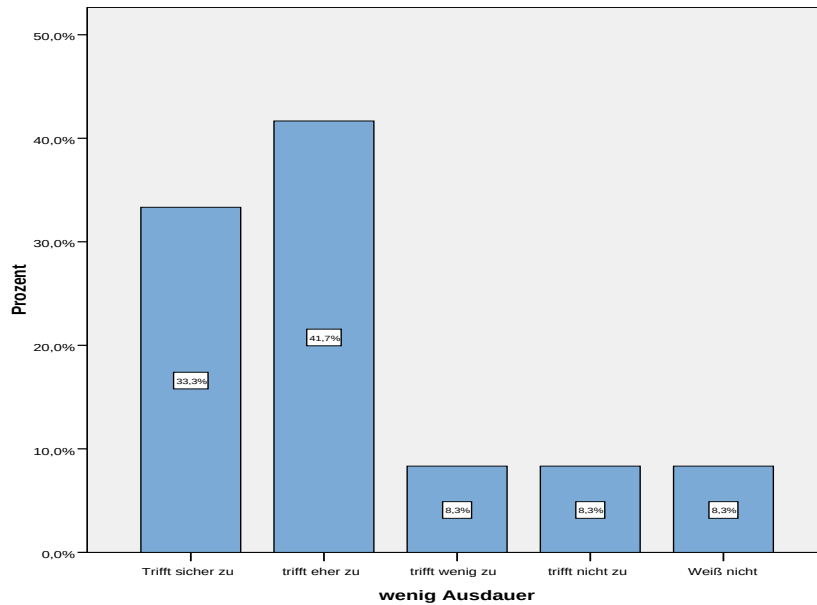


Abb. 26: Verteilung der Häufigkeiten zur Frage, ob das Kind wenig Ausdauer besitzt.

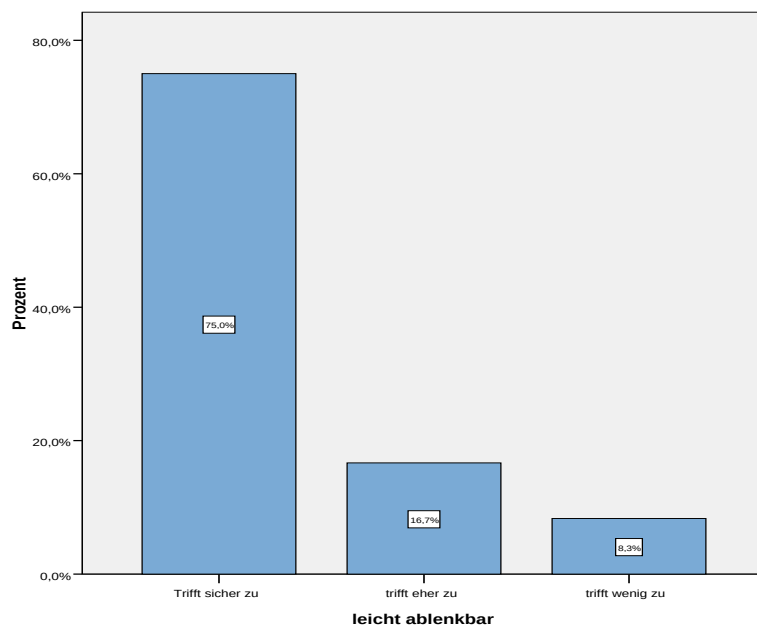


Abb. 27: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage nach der Ablenkbarkeit.

In Abbildung 28 wird illustriert, dass 83,3% der Eltern bestätigen, dass ihre Kinder eine geringe Frustrationsgrenze haben. Die restlichen 16,7% wissen nicht, wo die Frustrationsgrenze ihrer Kinder liegt. Die Fragen zu Wutanfällen (Abbildung 29) hat ergeben, dass 58,3% der Befragten der Meinung sind, dass ihre Kinder sicher oder eher zu Wutanfällen neigen, während 41,7% Wutanfälle verneinen. Die Antworten auf die Frage nach aggressivem Verhalten (Abbildung 30) der Kinder haben keine eindeutigen Ergebnisse hervorgebracht, was daran liegen könnte, dass die Eltern/Angehörigen der Kinder das Fehlverhalten bereits als eher normal betrachten und nicht als Wut oder Aggressivität empfinden.

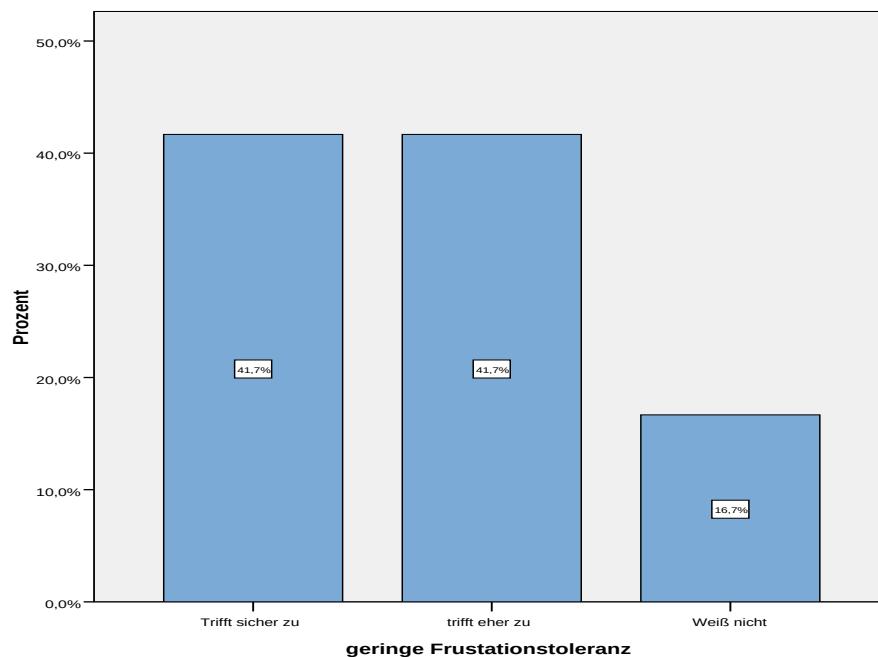


Abb. 28: Verteilung der Häufigkeit zur Frage, ob das Kinder eine geringe Frustrationstoleranz hat.

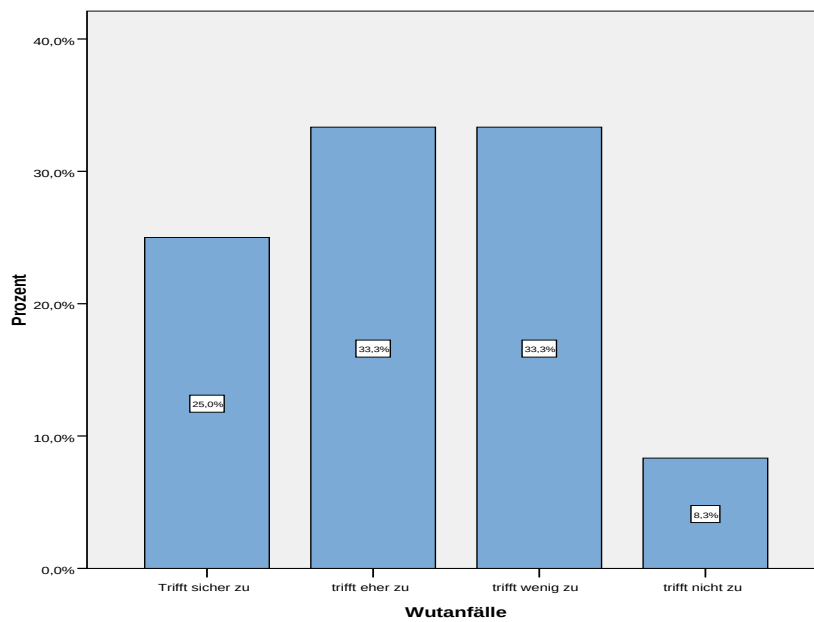


Abb. 29: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage nach Wutanfällen der Kinder.

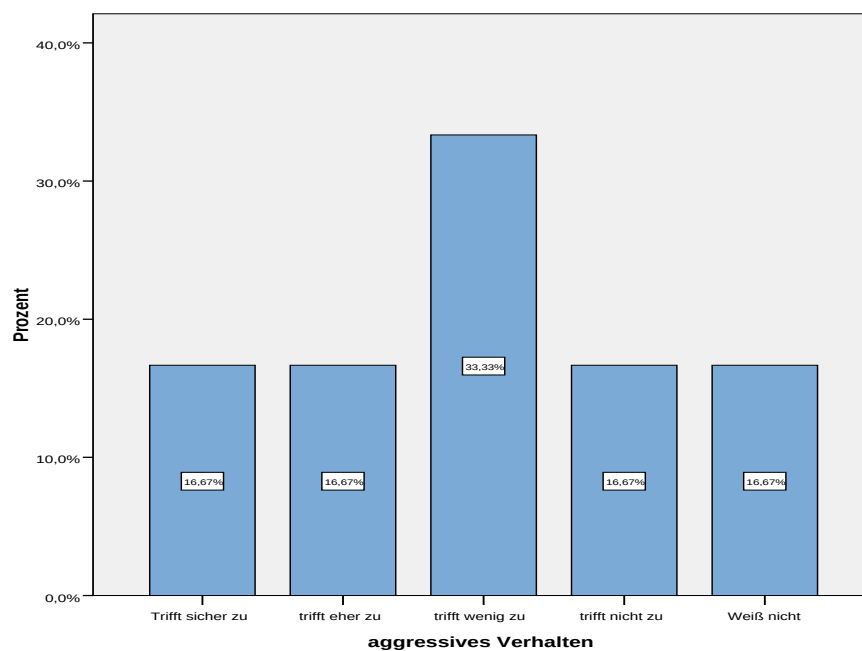


Abb. 30: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind aggressives Verhalten aufweist.

Mit 58,3% im positiven Bereich der Antwortmöglichkeiten („Trifft sicher/eher zu“) und 33,3% bei „Trifft wenig zu“ kann eine Tendenz in Richtung chaotisches Ordnungsverhalten festgestellt werden, jedoch keine eindeutigen Ergebnisse.

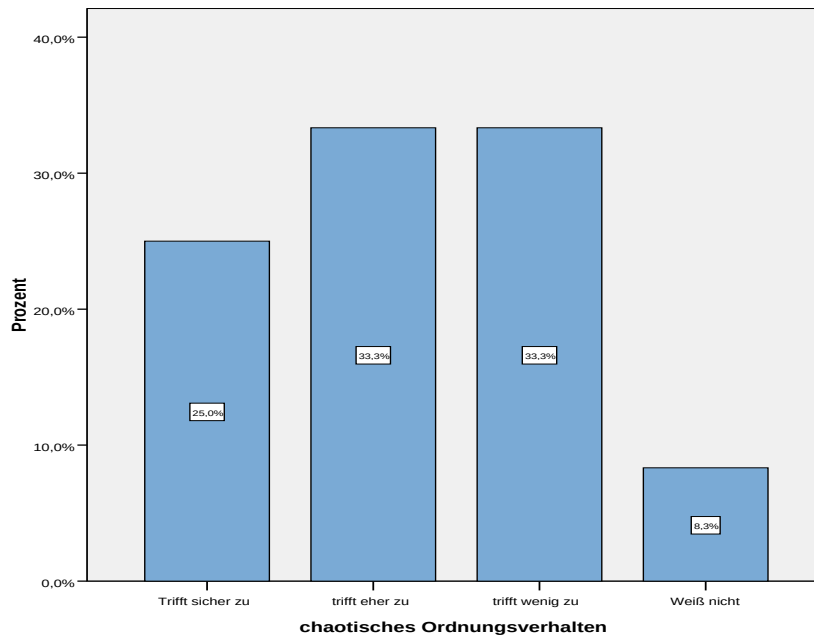


Abb. 31: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind ein chaotisches Ordnungsverhalten hat.

Das Sprechverhalten der AD(H)S-Kinder konnte jedoch von ihren Eltern/Angehörigen als gesteigert beurteilt werden. Sie bestätigen, dass die Kinder der Befragten tendenziell vermehrt und überhastet sprechen. Auch die Tendenz zum gesteigerten Produzieren von Geräuschen konnte von den Befragten bestätigt werden. Eine Neigung zum überhasteten Sprechen lässt sich durch das Ergebnis erkennen, die in Abbildung 32 veranschaulicht wurde. 33,3% haben auf diese Frage mit „Trifft sicher zu“ geantwortet, während den übrigen Antwortmöglichkeiten nur 16,7% zukommen.

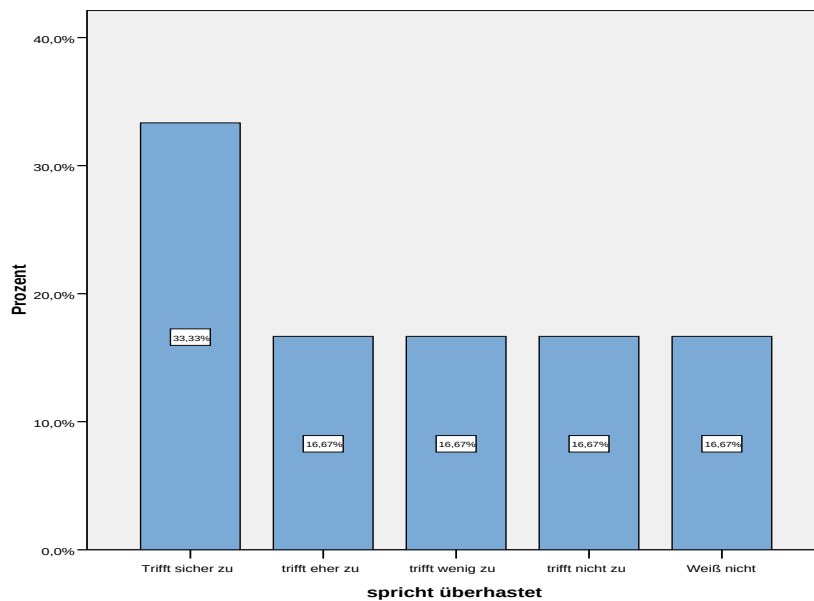


Abb. 32: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind überhastet spricht.

Die Antworten zu dieser Frage bestätigen die Vermutung, dass Kinder mit AD(H)S zu vermehrtem Sprechen neigen. 66,7% der Befragten bekräftigen diese Tendenz mit „Trifft sicher zu“ oder „Trifft eher zu“.

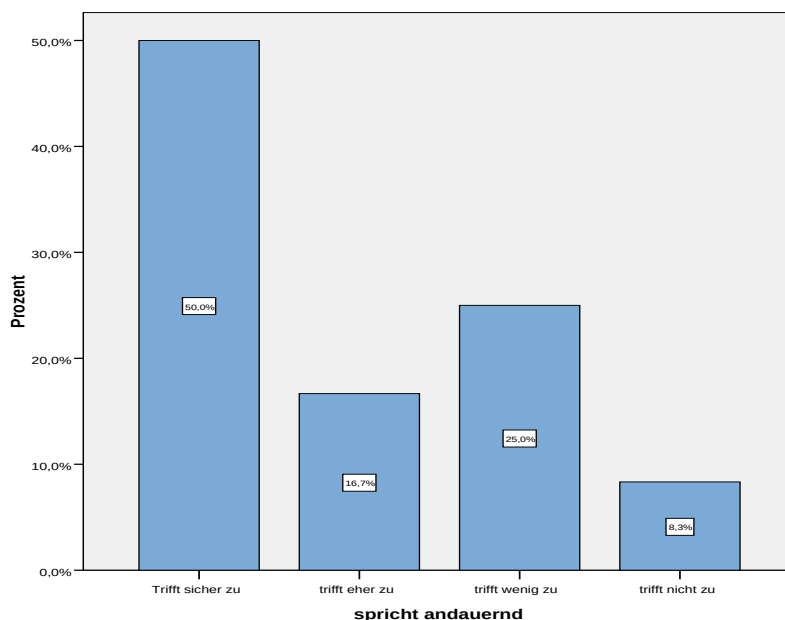


Abb. 33: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind andauernd spricht.

In Abbildung 34 wird ersichtlich, dass insgesamt 66,7% der befragten Eltern/Angehörigen der Meinung sind, dass ihre Kinder sicher oder eher dazu neigen,

ständig Geräusche von sich zu geben oder zu produzieren. Nur 25% können dies von ihren Kindern nicht behaupten und 8,3% wissen es nicht.

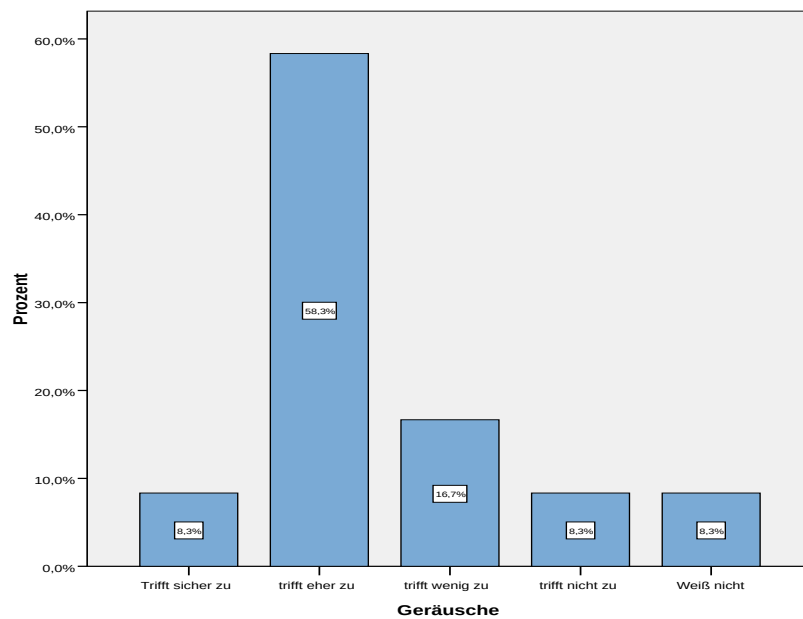


Abb. 34: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind permanent Geräusche produziert.

Auf die Frage nach der Ungeschicktheit ihrer Kinder haben 50% angegeben, eher oder sicher ungeschickte Kinder zu haben, während die anderen 50% nur wenig oder gar keine Ungeschicklichkeit zeigen.

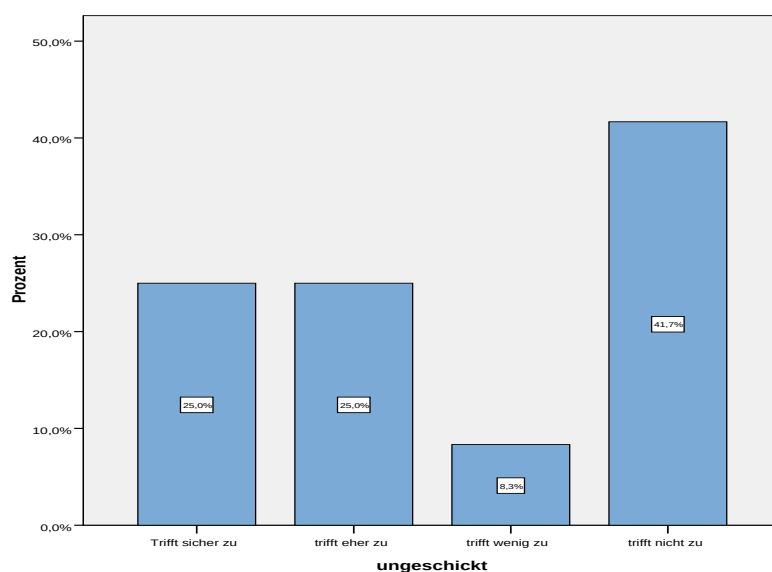


Abb. 35: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind ungeschickt ist.

Die Fragen zur unpassenden Mimik, Gestik und Körpersprache wurde von den befragten Eltern/Angehörigen tendenziell verneint. Die Frage nach unpassenden Gesichtszügen wurde mit einem Prozentsatz von 83,3% mit „Trifft wenig/nicht zu“ beantwortet.

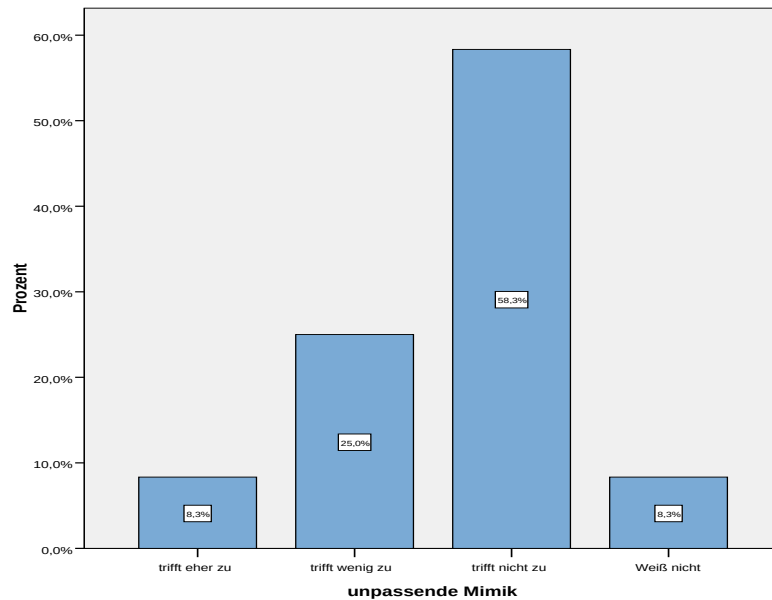


Abb. 36: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind eine unpassende Mimik hat.

Auch die Fragen nach der unpassenden Gestik und Körpersprache wurden ähnlich wie die Frage nach der Mimik mit 75% im Bereich „Trifft wenig zu“ und „Trifft nicht zu“ verneint.

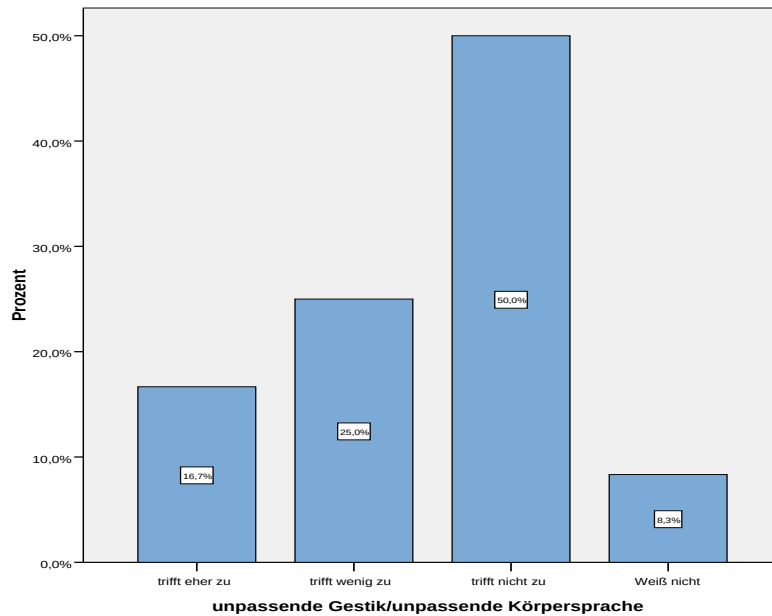


Abb. 37: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind eine unpassende Gestik und Körpersprache hat.

Das Selbstbewusstsein ist nach den Meinungen der Befragten bei Kindern mit AD(H)S nicht vermehrt eingeschränkt. In Abbildung 38 wurde das Ergebnis verdeutlicht, bei dem 41,7% der Befragten meinten, dass ihre Kinder eher ein geringes Selbstwertgefühl besitzen, während 50% der Befragten davon ausgehen, dass ihr Kind keine Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl haben.

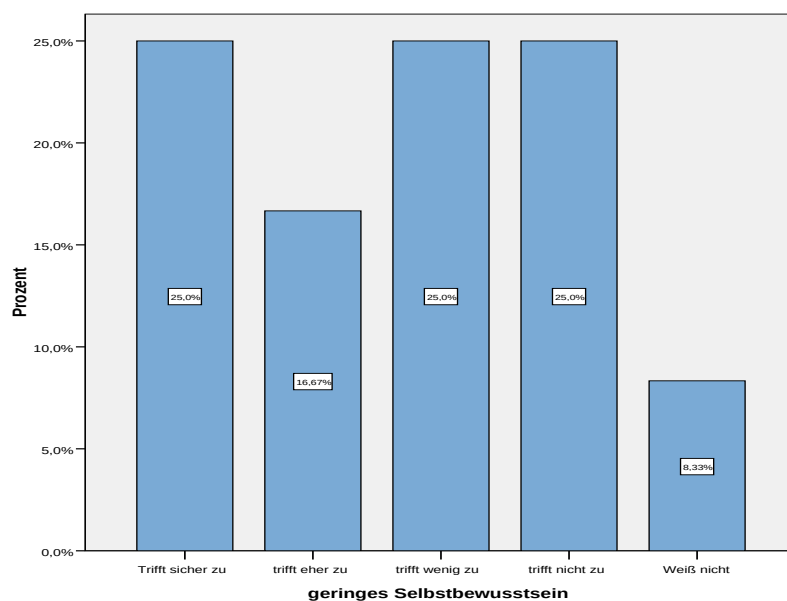


Abb. 38: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind ein geringes Selbstbewusstsein hat.

Eines der Hauptsymptome der AD(H)S, die Unaufmerksamkeit, konnte mit 66,7% bestätigt werden, während nur 25% angegeben haben, wenig oder gar nicht an Unaufmerksamkeit zu leiden und 8,3% der Eltern/Angehörigen es nicht wissen.

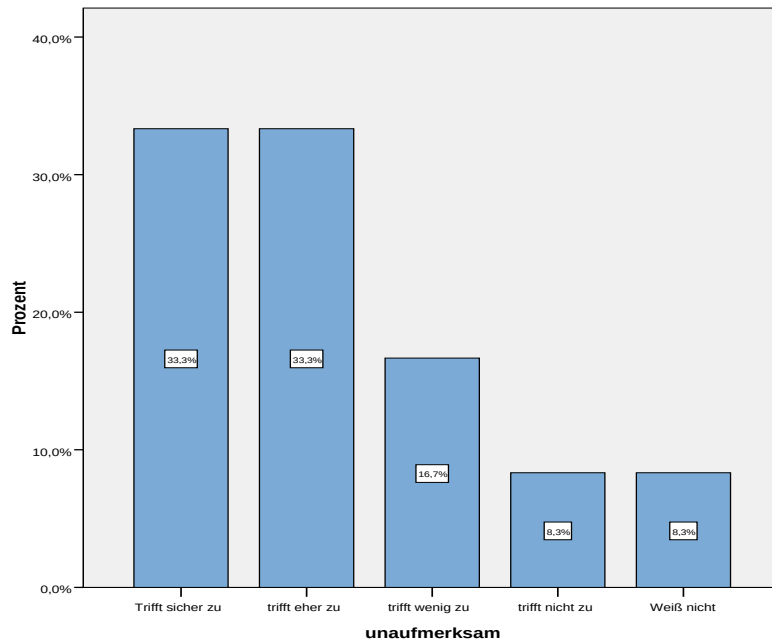


Abb. 39: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind unaufmerksam ist.

Fragen zu schulischen Teilleistungsschwächen, Lese-Rechtschreibschwächen und Rechenschwächen wurden von den Befragten nicht eindeutig bejaht oder verneint. In allen drei Fällen haben zwischen 40% und 60% der Eltern/Angehörigen eine Schwäche ihrer Kinder anerkannt. Die Frage nach Teilleistungsschwächen wurde mit 41,7% mit Sicherheit bejaht, 25% der Eltern/Angehörigen wissen über die Schwächen ihres Kindes nicht Bescheid. 16,7% haben die Frage verneint und jeweils 8,3% schwanken zwischen „Trifft eher zu“ und „Trifft wenig zu“ (siehe Abbildung 40).

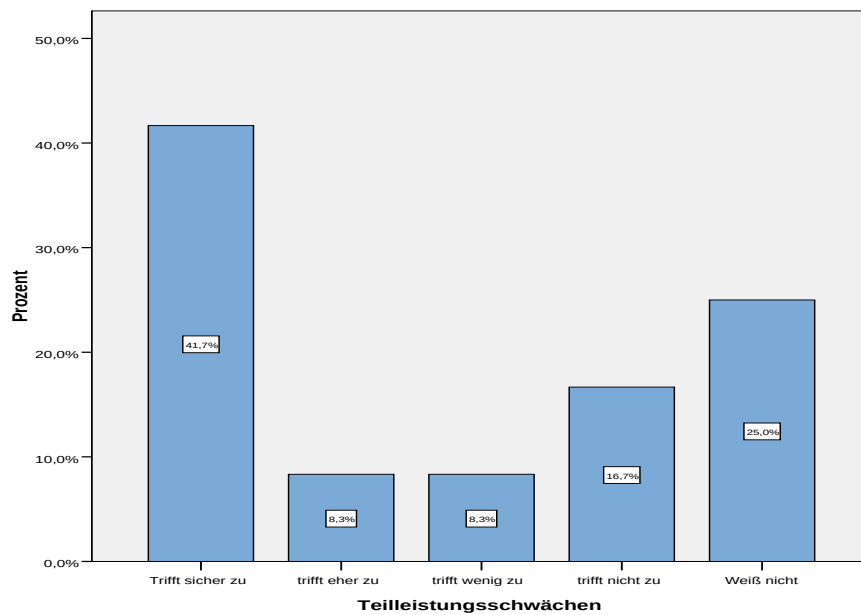


Abb. 40: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind Teilleistungsschwächen hat.

Jeweils 41,7% sind sicher oder eher von einer Lese-Rechtschreibschwäche überzeugt, während 41,7% auch eine Lese-Rechtschreibschwäche eher oder sicher ausschließen können.

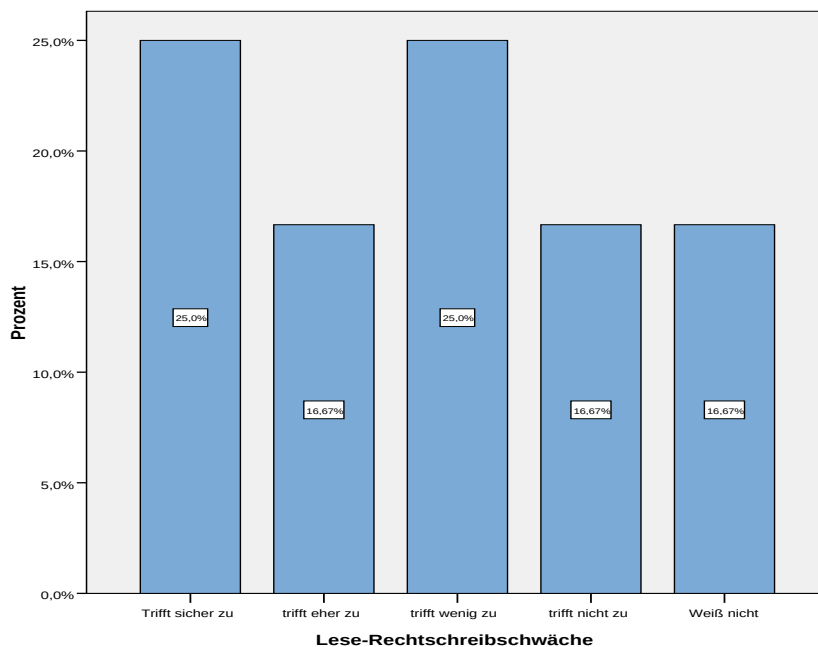


Abb. 41: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind eine Lese-Rechtschreibschwäche hat.

In Abbildung 42 erkennt man, dass 58,3% der befragten Eltern/Angehörigen angegeben haben, dass ihr Kind sicher oder eher eine Rechenschwäche in der Schule aufweist.

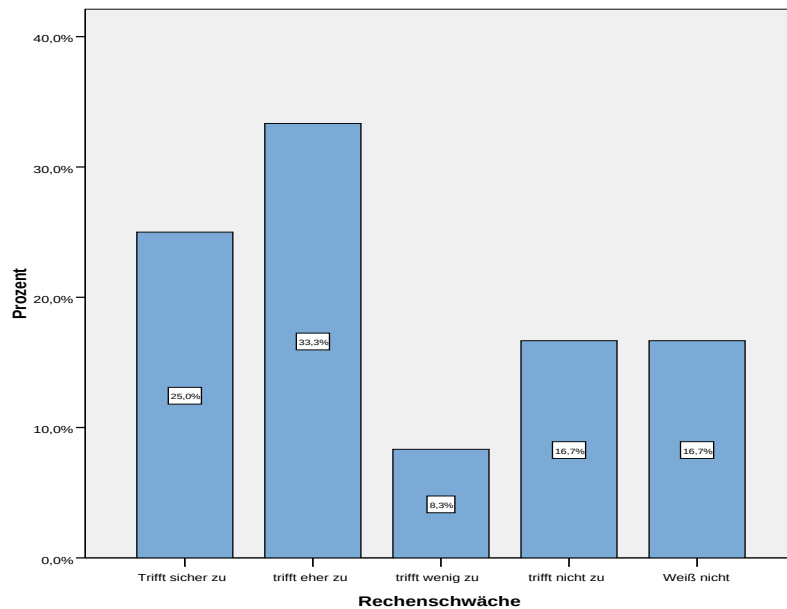


Abb. 42: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind eine Rechenschwäche hat.

Die Hälfte der befragten Eltern/Angehörigen haben die sozialen Beziehungen ihrer Kinder als unzulänglich empfunden. Ebenfalls die Hälfte der Eltern/Angehörigen betrachten ihre Kinder jedoch nicht als Außenseiter im schulischen Kontext. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme zum tendenziellen Außenseitertum der von der AD(H)S betroffenen Kinder nicht. Die Frage nach den sozialen Beziehungen ihres Kindes haben also 50% der Eltern/Angehörigen mit eher oder sicher beantwortet. 33,3% glauben, dass ihre Kinder keine Schwierigkeiten mit sozialen Beziehungen haben und 16,7% wissen nicht über die Freunde ihrer Kinder Bescheid (Abbildung 43).

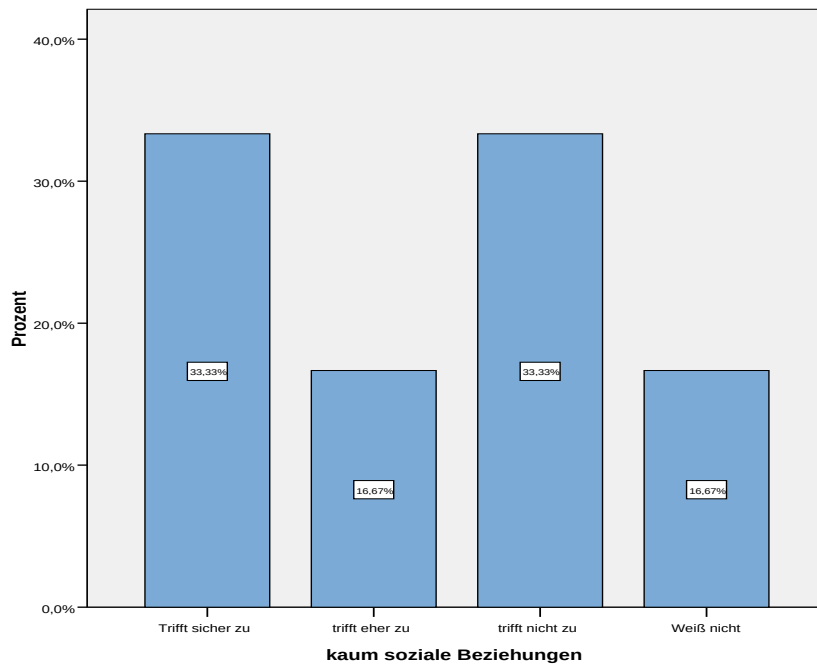


Abb. 43: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind kaum soziale Beziehungen hat.

50% der Eltern sind der Meinung, dass ihr Kind nicht oder nur gering zum Außenseiter in der Klasse geworden ist, während 33,3% diese Frage nicht beantworten konnte. 16,7% bestätigen das Außenseitertum ihres Kindes in der Klasse.

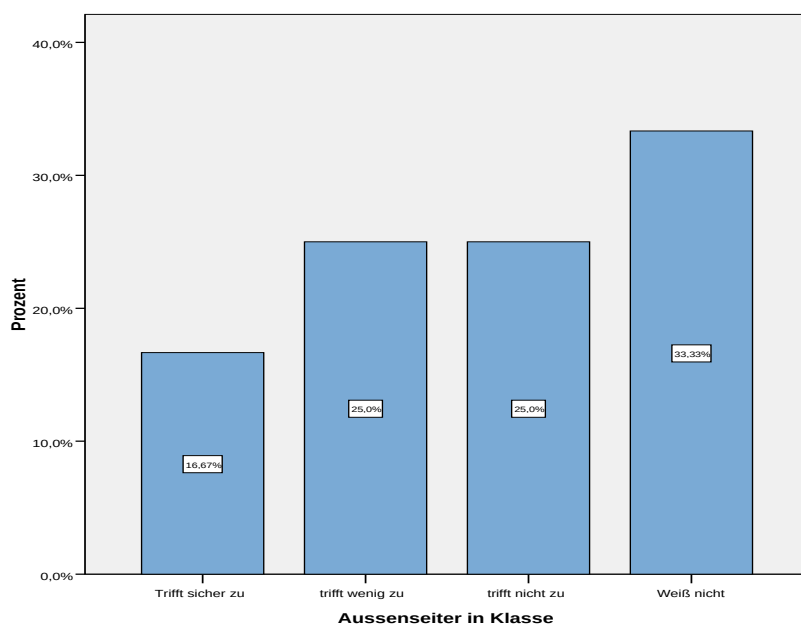


Abb. 44: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind ein Außenseiter in der Klasse ist.

Wie in Abbildung 45 verdeutlicht, bestätigen 33,3% der Befragten mit Sicherheit die Frage nach Ängsten ihres Kindes und weitere 16,7% sind der Meinung, dass ihr Kind eher unter Ängsten leidet. Insgesamt 41,7% gaben an, dass das Kind wenig oder gar nicht zu Ängsten neigt und 8,3% können keine Angabe zu dieser Frage machen.

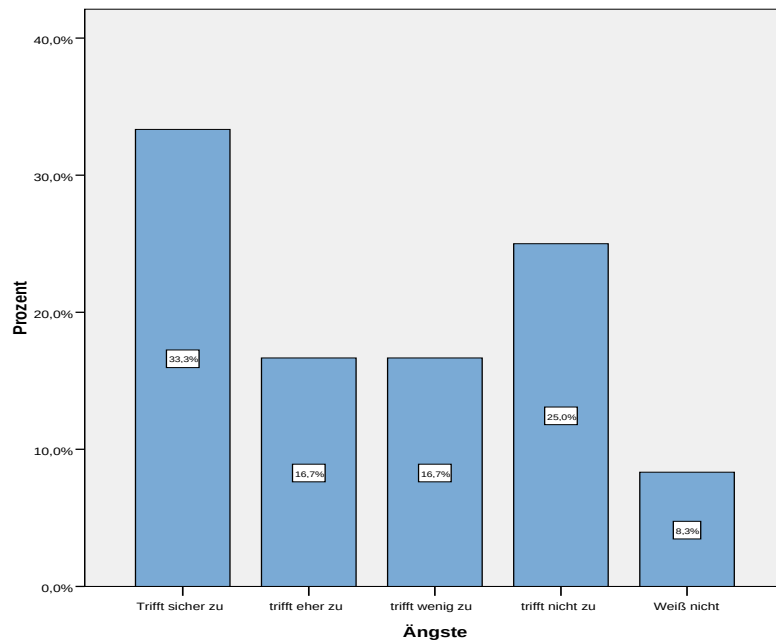


Abb. 45: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind Ängste hat

Die Frage nach dem depressiven Verhalten der Kinder wurde mit 50% der Stimmen der Befragten verneint. Weitere 25% sind der Meinung, dass diese Aussage nur wenig auf ihr Kind zutrifft. Nur 8,3% der Kinder leiden laut ihren Eltern/Angehörigen an Depressionen (Abbildung 46).

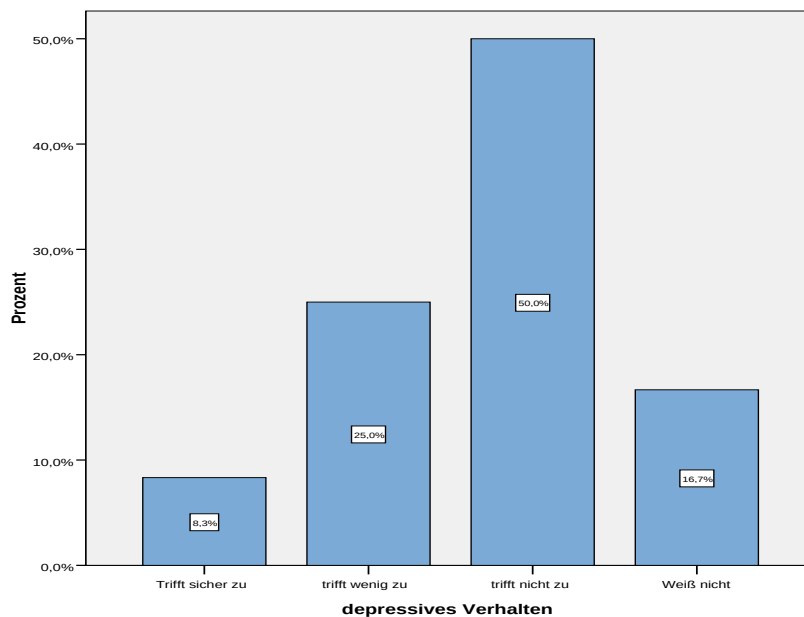


Abb. 46: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage, ob das Kind depressives Verhalten zeigt.

4.1.5.2. Verbesserungen

Die Untersuchungen im Bereich der Verbesserung der oben genannten Symptome haben ergeben, dass nur 50% aller befragten Elternteile/Angehörigen Verbesserungen wahrnehmen können. Nur bei zehn der 25 angeführten Merkmale haben die Befragten eine Verbesserung feststellen können. Die Häufigkeitsverteilungen wurden in Abbildung 47 veranschaulicht. Die Verbesserungen treten vor allem in den Bereichen „Wutanfälle“ und „aggressives Verhalten“ auf, wo vier der Befragten einen Fortschritt des Kindes bemerkt haben. Auch die Disziplin im schulischen Kontext ist laut drei der Eltern/Angehörigen beträchtlich besser geworden und Regeln werden nicht mehr oder nur noch selten gebrochen. Zwei der ProbandInnen haben weiters angegeben, dass das Selbstwertgefühl der betroffenen Kinder gestiegen ist und ein/e Elternteil/Angehörige/r hat die Besserungen in den sozialen Beziehungen sowie eine Verminderung des Außenseitertums bestätigen können. Jeweils eine der befragten Personen konnte außerdem in folgenden Bereichen eine Verbesserung des Verhaltens feststellen: Stört den Unterricht, hat wenig Ausdauer, hat eine geringe Frustrationstoleranz, hat eine unpassende Gestik, ist ein Außenseiter in der Klasse. In Abbildung 47 kann man die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach den Verbesserungen erkennen. Die Angaben wurden in Prozent gemacht.

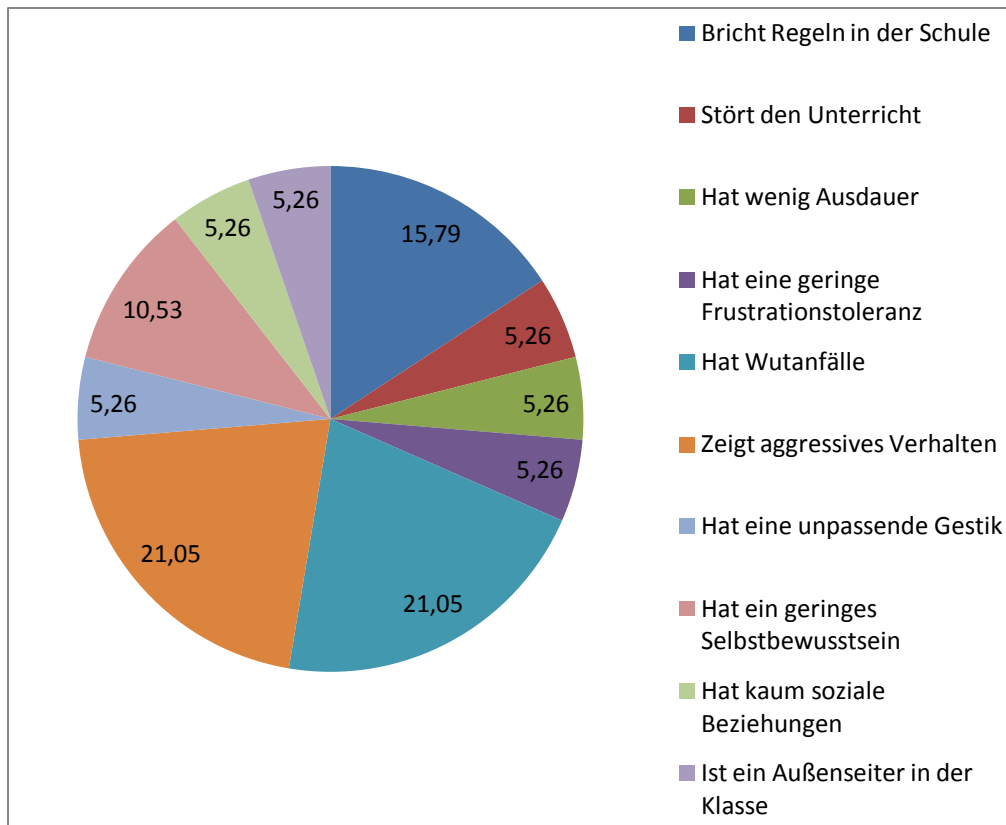


Abb. 47: Verteilung der Häufigkeiten (in %) der Antworten auf die Frage nach den Symptomen, die durch das HPV/R verbessert werden.

4.1.5.3. Unterschiede im Verhalten

Auf die Frage nach den Veränderungen im Verhalten ihrer Kinder haben nur 41,7% eine Antwort gegeben. Davon haben 25% Veränderungen feststellen können und 33,3% konnten keine Angaben zu dieser Frage machen.

Zu den Änderungen im Verhalten wurden vor allem Müdigkeit, Verbesserung der sozialen Kontakte, Ausgeglichenheit und Stolz genannt (siehe Abbildung 48).

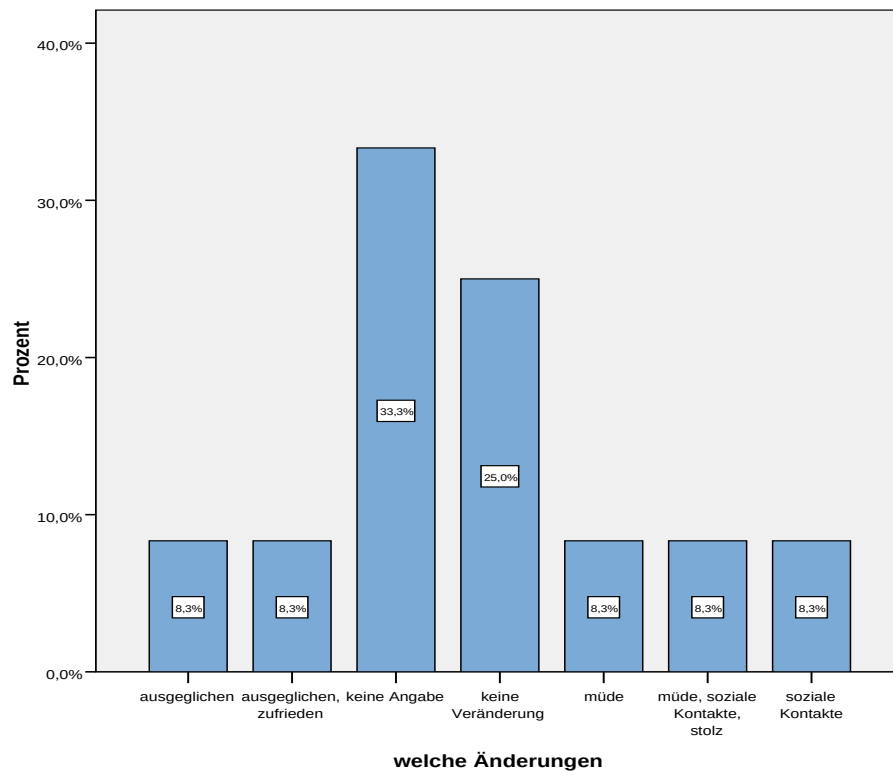


Abb. 48: Verteilung der Häufigkeiten auf die Frage nach den Veränderungen im Verhalten der Kinder durch das HPV/R.

4.1.5.4. Empfehlung

83,3% der befragten Eltern/Angehörigen würden das heilpädagogische Voltigieren und Reiten für Kinder mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten weiterempfehlen. Die übrigen 16,7% haben keine Antwort auf diese Frage gegeben.

4.2. Therapeutenfragebogen

4.2.1. Fragen zur Person

4.2.1.1. Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinder

Die befragten Therapeutinnen sind im Durchschnitt $40,3 \pm 7,2$ Jahre alt. 75% der Therapeutinnen sind verheiratet und haben ein bis maximal zwei eigene Kinder. Nur eine der Probandinnen ist ledig und kinderlos.

4.2.1.2. Hauptberuf

100% der befragten HPV/R-Therapeutinnen üben das heilpädagogischen Voltigieren und Reiten nicht hauptberuflich aus, sondern haben einen Sozialberuf als Hauptberuf. Unter den Befragten befinden sich eine Behindertenpädagogin, eine Lebens- und Sozialberaterin, eine Lehrerin und eine Klinische- und Gesundheitspsychologin. Die Hälfte der Therapeutinnen ist angestellt, während die andere Hälfte selbstständig arbeitet.

4.2.2. Fragen zur Ausbildung

4.2.2.1. Beginn der Ausbildung

50% der Therapeutinnen haben ihre Ausbildung in den Jahren 2003 bis 2004 gemacht, während 25% schon in den 1990er Jahren zur Therapeutin ausgebildet wurden und weitere 25% aktuell die Ausbildung absolvieren.

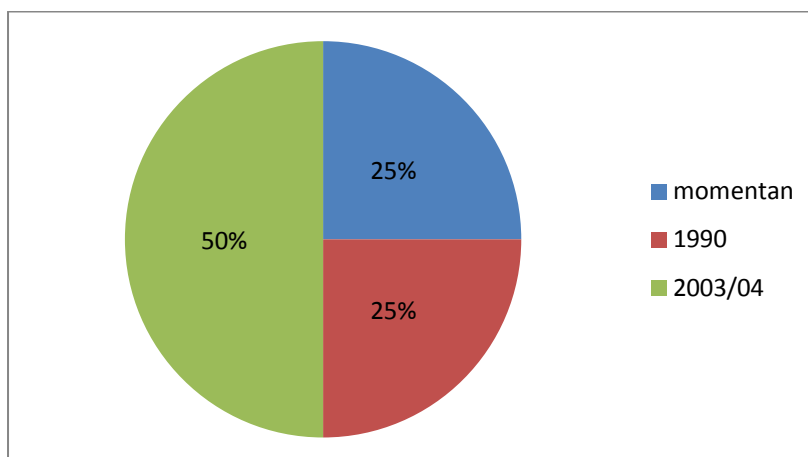


Abb. 49: Häufigkeitsverteilung der Antworten zur Frage nach dem Zeitpunkt der Absolvierung der Ausbildung der Therapeutinnen.

4.2.2.2. Institution der Ausbildung und Vorbildung

Die Ausbildung wurde zu 100% am Österreichischen Kuratorium für Therapeutisches Reiten absolviert und alle Befragten haben eine pädagogische Vorbildung. 50% haben eine Ausbildung zum Sonderschullehramt genossen, während 25% ein Psychologiestudium und 25% ein Behindertenpädagogikstudium absolviert haben.

4.2.3. Fragen zum Arbeitsalltag

4.2.3.1. Zeitraum der therapeutischen Arbeit mit Pferden

50% der Therapeutinnen arbeiten bereits mehr als 20 Jahre im heilpädagogischen Voltigieren und Reiten, ein Viertel schon seit 10 Jahren und weitere 25% erst seit 5 Jahren.

4.2.3.2. Betreute Kinder

Die befragten Therapeutinnen behandeln momentan eine unterschiedliche Anzahl an Kindern mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten. Die Angaben variieren von 4 bis ca. 50 Kindern, die in der Therapie betreut werden.

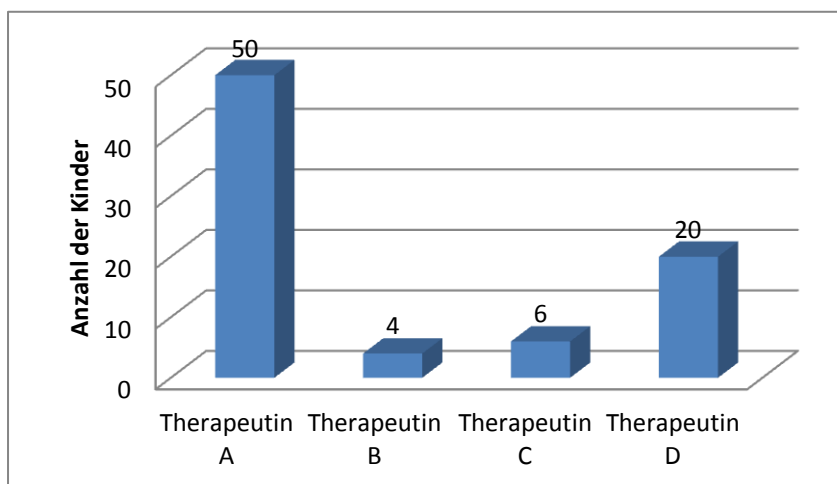


Abb. 50: Verteilung der Häufigkeiten der Antworten auf die Frage nach der Anzahl der AD(H)S-Kinder pro Therapeutin.

Insgesamt wurde im Laufe der Karrieren der Therapeutinnen schon eine Vielzahl an Kindern, die an der AD(H)S leiden, betreut. Auch hier variieren die Schätzungen der Therapeutinnen zwischen 50 und mehreren Hunderten bis sogar ca. 1000.

4.2.3.3. Therapie

Auf die Frage, ob ausschließlich Kinder mit AD(H)S therapiert werden, haben 100% der Befragten mit „nein“ geantwortet. Die diversen Beeinträchtigungen, die neben der AD(H)S behandelt werden, reichen von Lern- über Verhaltens- und Essstörungen bis hin zu geistigen Behinderungen, Autismus, psychischen Störungen durch Missbrauch oder posttraumatischen Belastungsstörungen.

4.2.3.4. Verbesserung der Aufmerksamkeit

Nur die Hälfte der befragten Therapeutinnen ist der Meinung, eine sofortige Besserung der Aufmerksamkeitsfähigkeit nach oder während der Therapiestunde erkennen zu können. Sie sprechen von besser kontrolliertem Verhalten, gesteigerter Aufmerksamkeit und verstärktem Willen zur Mitarbeit. Diese 50% erwähnen auch eine rasche Verbesserung der Feinmotorik und eine Verminderung der Tics, die die Kinder oftmals aufweisen. Auch die Steigerung des Selbstwertgefühls ist für sie unmittelbar nach der Therapie erkennbar.

25% der Befragten sind der Meinung, dass die Verbesserungen im Verhalten und der Aufmerksamkeitsfähigkeit vermehrt von Woche zu Woche erkennbar sind, während die restlichen 25% „weiß ich nicht“ angegeben haben.

4.2.3.5. Motivation

Als grundlegende Motivation zur Ausübung dieses Berufes wurde von allen Befragten die Liebe zum Pferd und zu den Kindern genannt. Weiters hat die Hälfte der Therapeutinnen angegeben, dass sie einen persönlichen Zugang zu Pferden haben und auch schon vor der Ausbildung Umgang mit diesen Tieren hatten. 25% der Therapeutinnen haben auch die Hilflosigkeit der Eltern der betroffenen Kinder als Grund für ihre Arbeit erwähnt.

5. DISKUSSION

Die Ergebnisse dieser Untersuchung können aufgrund der niedrigen Stichprobenzahl ($n = 12$) nicht als signifikant betrachtet werden. Aus diesem Grund kann die vorliegende Diplomarbeit nur exemplarische Ergebnisse bieten, die sich auf die subjektive Wahrnehmung der befragten Eltern/Angehörigen stützt.

Die Hypothese, „Das heilpädagogische Voltigieren/Reiten vermindert die Primärsymptome der AD(H)S (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) sowie auch die Sekundärsymptome (siehe Kapitel 1.6.2)“ muss aufgrund der zu geringen Stichprobenzahl verworfen werden.

Auffallend war allerdings bei der Datenerhebung zu dieser Diplomarbeit, dass von allen Befragten nur 50% der Eltern/Angehörigen Verbesserungen in lediglich zehn der Symptombereiche feststellen konnten. Dieses Ergebnis ist entweder darauf zurückzuführen, dass die Therapie mit dem Medium Pferd keine Verbesserungen mit sich bringt, oder aber auf die mangelnde Disziplin der ausfüllenden Personen. Interessant sind auch die Ergebnisse der Therapeutinnenbefragung zur ersten Hypothese, wobei nur die Hälfte der befragten Therapeutinnen der Meinung ist, eine sofortige Besserung der Aufmerksamkeitsfähigkeit nach oder während der Therapiestunde erkennen zu können. Eine wöchentliche Steigerung und Verbesserung des Verhaltens und der Aufmerksamkeit ist nur für eine der Therapeutinnen erkennbar.

Das Österreichische Kuratorium für Therapeutisches Reiten nennt in den Fördermöglichkeiten, die das HPV/R bietet, eine Vielzahl an Punkten, die sowohl den motorischen Bereich, als auch den emotional-kognitiven und den sozialen Bereich ansprechen (siehe dazu auch Kapitel 1.9.3). So zum Beispiel müssten durch die rhythmischen Bewegungen des Pferdes und das Getragenwerden eine Steigerung der Aufmerksamkeit und eine Verringerung der Impulsivität herbeigeführt werden können. Die kognitiven Leistungen, also Konzentration und Aufmerksamkeit, sollten durch die Interaktion mit dem Pferd und das Sich-Konzentrieren auf das Verhalten des Pferdes während der Therapie gesteigert (Ihm, 2004) und somit die Impulsivität und Hyperaktivität verringert werden. Verbesserungen im Bereich der Primärsymptome der AD(H)S wurden von den befragten Personen jedoch nicht wahrgenommen. Die in der Hypothese weiters angesprochenen Sekundärsymptome wurden von den befragten Eltern/Angehörigen teilweise als verbessert angesehen. Dabei wurden vor allem

Verbesserungen im Sozialverhalten erkannt, wobei vor allem die Senkung von Wutanfällen und die Steigerung des Selbstbewusstseins, die auch bei Horstmann (2010) angesprochen werden, hervorgehoben wurden. Die Verbesserung der sozialen Beziehung sowie die Verminderung des Außenseitertums im Klassenverband, die ebenfalls von den Eltern/Angehörigen genannt wurden, können nach Horstmann (2010) nachhaltig durch die Steigerung der sozialen Kompetenz durch Gruppentherapien erreicht werden. Die bei Gawrilow (2009) genannte oppositionelle Verhaltensstörung, die sich vor allem durch die Missachtung von Regeln in Familie und Schule manifestiert, wurde von den Eltern/Angehörigen der betroffenen Kinder ebenso als verbessert erkannt, was den Erwartungen entspricht. Das Stören des Unterrichts und die oftmals einhergehende geringe Frustrationstoleranz beim Lösen von Aufgaben, die von Barkley (2002) unter den Begriff Lernschwierigkeiten zusammengefasst werden, wurden von den Befragten auch als verbessert angesehen. Die vom Österreichischen Kuratorium für Therapeutisches Reiten angeführten Verbesserungen im motorischen Bereich konnten nur von einer der befragten Personen bestätigt werden. Ein/e ProbandIn stellte eine Besserung der Gestik bei seinem/ihrer Kind fest, was auch bei Ringbeck (2004) beschrieben wird. Neben Grob- und Feinmotorik zählen zum motorischen Bereich beispielsweise auch Kondition und Ausdauer, wobei letzteres von einer der befragten Personen ebenfalls als gesteigert wahrgenommen wurde.

Obwohl in manchen Bereichen eine Übereinstimmung der Antworten mit den in der Literatur angeführten Verbesserungen erkennbar ist, sind die Ergebnisse dieser Untersuchung vor allem im Gebiet der Primärsymptomatik unbefriedigend. Der Fortschritt in den sozialen Beziehungen, also die von den Eltern/Angehörigen erkannte Steigerung der sozialen Kompetenz, ist jedoch erfreulich und entspricht auch den in der Literatur genannten Verbesserungen der Sekundärsymptome.

Die zweite Hypothese, „Durch das heilpädagogische Voltigieren/Reiten können andere Therapieformen, vor allem die medikamentöse Behandlung vermindert werden“, kann ebenfalls aufgrund der niedrigen Stichprobenzahl nicht bewiesen und muss verworfen werden.

Die Ergebnisse in diesem Bereich zeigen, dass 58,3% der betroffenen Kinder trotz der Therapie des heilpädagogischen Voltigieren und Reiten zusätzliche Therapien

aufsuchen müssen. Nur 41,7% benötigten zum Zeitpunkt der Datenerhebung keine weiteren Therapien. Wie von vielen AutorInnen beschrieben, handelt es sich bei AD(H)S um ein Störungsfeld, das sehr breit gefächert ist (Gawrilow, 2009; Heine-
mann et al., 2006; Mattner, 2001). Die Diversität des Störungsbildes lässt also eine einfache Behandlung nicht zu und verlangt somit eine spezielle Behandlung aller Symptome (Schäfer et al., 2007). Dies erklärt die Notwendigkeit von zusätzlichen Therapien und bestätigt auch die Ergebnisse der Untersuchung. Eine Therapieform alleine kann die unterschiedlichen Symptome der AD(H)S nur sehr schwer ansprechen und es sind meist mehrerer Therapien sinnvoll. Auffallend ist jedoch der Prozentsatz von 66,7% an positiven Antworten auf die Frage nach früheren Therapien, die durch das HPV/R nicht mehr notwendig sind. Viele der Kinder konnten durch das HPV/R mit anderen Therapien aufhören, was die in der Literatur beschriebene Vielfältigkeit der Möglichkeiten des HPV/R bestätigt (Gäng, 2004). Zu den Therapien, die für manche der Kinder nun nicht mehr notwendig sind, zählen: Ergo-Klettern, Musiktherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, psychologische Betreuung. Grund für die Verminderung von zusätzlichen Therapien könnte zum einen sein, dass die Kinder aufgrund des HPV/R weniger körperliche Förderung benötigen und somit Therapien, die auf physische Defizite abzielen, verringert werden können. Nach Ringbeck (2004) sind die Auswirkungen des HPV/R auf Grob- und Feinmotorik enorm, was zur Verringerung anderer Therapien führen kann.

Zum anderen könnte das in der Untersuchung festgestellte Ergebnis dahingehend erklärt werden, dass die betroffenen Kinder durch die sozialen Kontakte, die sie beim HPV/R in der Gruppentherapie schließen, eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens erreichen und somit zusätzliche Therapien verringert werden können, die auf das psychische Wohl abzielen. In der Literatur wird vor allem das Zusammensein mit Gleichgesinnten, das Zusammenarbeiten, Hilfe leisten und Hilfe annehmen als besonders positiver Effekt des HPV/R beschrieben (Gäng, 2004; Ihm, 2004).

Da von den befragten Angehörigen nur 36,4% angaben, dass ihr Kind neben dem HPV/R medikamentös behandelt wird, konnte auch keine Verringerung der Medikation festgestellt werden. Diese Antworten entsprechen nicht dem in der Literatur beschriebenen allgemeinen Trend zur vermehrten Gabe von Medikamenten (Gawrilow, 2009) und konnten daher die zweite Hypothese nicht bestätigen. Das Ergebnis auf die Frage nach der medikamentösen Behandlung der AD(H)S ist beachtlich niedrig

und könnte ein Zeichen dafür sein, dass aufgrund der erhöhten Suchtgefahr der Amphetamine bereits viele Eltern versuchen, eine Medikation, wenn möglich, zu vermeiden (Gawrilow, 2009). Das Ergebnis zur zweiten Hypothese könnte aber auch als Zeichen für das Zurückweichen der in der Literatur stark propagierten multimodalen Therapieform, die sich aus Verhaltenstherapie und Medikation zusammensetzt (Döpfner et al., 2000), dienen.

6. CONCLUSIO

Ob das heilpädagogische Voltigieren und Reiten tatsächlich Verbesserungen im Verhalten von AD(H)S-Kindern hervorrufen kann, konnte durch diese Studie nicht signifikant nachgewiesen werden. Durch die Gespräche mit den Angehörigen und Therapeutinnen sowie den Beobachtungen der Therapiestunde konnte allerdings festgestellt werden, dass die Kinder großen Spaß an der Arbeit mit dem Pferd haben und Freundschaften zwischen den Kindern entstehen, die zum Teil auch außerhalb der Therapie weiterbestehen. Die betroffenen Kinder können durch die Zusammenarbeit mit Gleichgesinnten ihr eigentliches Ich zeigen und sich auf dem Rücken der Pferde entspannen.

Obwohl die Ergebnisse dieser Studie unzulänglich sind für signifikante Aussagen, hat die Mehrheit der Eltern/Angehörigen eine Empfehlung für diese Therapieform abgegeben und würde ihren Kindern erneut eine Therapie mit dem Medium Pferd ermöglichen.

7. ZUSAMMENFASSUNG / SUMMARY

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Diplomarbeit behandelt die Möglichkeit der tiergestützten Therapie mit dem Medium Pferd bei Kindern mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten. AD(H)S-Diagnosen scheinen in den letzten Jahrzehnten immer mehr zu steigen und die Anzahl an betroffenen Kindern erweckt den Eindruck, explodiert zu sein. Der steigende Verbrauch von Methylphenidaten zur medikamentösen Therapie ist besorgniserregend.

Im Untersuchungsteil der Diplomarbeit wird mittels standardisierten Fragebögen für Eltern bzw. Angehörige und TherapeutInnen eine Befragung zum Thema HPV/R durchgeführt wurde.

Ziel der Arbeit ist es, die medikamentösen Behandlungen zu reduzieren und durch diese alternative Therapieform zu ersetzen. Weiters ist es von besonderer Wichtigkeit, den Bekanntheitsgrad des HPV/R zu steigern und dadurch eine Verbesserung der Therapiemöglichkeiten zu erreichen.

Folgende Ergebnisse der empirischen Studie seien trotz nicht signifikanter Bedeutung hervorzuheben:

83,3% der Eltern/Angehörigen der von AD(H)S betroffenen Kinder stehen im Berufsleben. Es lässt sich also ein relativ hoher Wert an Kindern ermitteln, die oftmals auf sich alleine gestellt sind.

66,7% der betroffenen Kinder gehören dem männlichen Geschlecht an, was auch im ersten Teil der Diplomarbeit durch die Literaturrecherche untermauert wird.

Die Frage nach der genetischen Disposition konnte durch die Befragung der Angehörigen nicht bestätigt werden, da nur 50% Vorfahren mit AD(H)S vermuten.

Der Prozentsatz zu den Antworten zum Thema „frühere Therapien“, die durch das HPV/R überflüssig geworden sind, liegt bei 66,7% und ist somit erheblich höher als die Verneinung dieser Frage.

Mit 81,8% der betroffenen Kinder hat der Großteil schon mindestens einmal Probleme im schulischen Kontext gehabt, was die dazu aufgestellte Hypothese untermauert.

Mit jeweils 75% haben Eltern die Ablenkbarkeit und die mangelnde Ausdauer ihrer Kinder bestätigt.

Zwei Drittel der Befragten konnten die Unaufmerksamkeit ihrer Kinder als Primärsymptom der AD(H)S bestätigen.

83,3% der Eltern/Angehörigen würden das heilpädagogische Voltigieren und Reiten für Kinder mit AD(H)S weiterempfehlen.

SUMMARY

The present thesis treats of the possibility of animal-therapy with the medium “horse” with children which have deficits in attention. During the last decades the number of diagnosis of the so called attention deficit-hyperactivity disorder has increased enormously and the number of affected children is still rising. The increasing usage of methylphenidates for the medicinal therapy is alarming.

In the investigation part of the thesis there is an experimental research, which is realised with standardised questionnaires for parents or relatives and therapists.

The aim of this thesis is to reduce the medicinal treatment of AD(H)S and to replace it with alternative therapy forms. Furthermore there is a great importance to enhance the degree of popularity of the therapy with horses and achieve thereby an improvement of this therapeutic option.

The following results of the study have to be pointed out:

83.3% of the parents and relatives of children with ADHD are employees. The value of children which are often left alone is relatively high.

66.7% of the affected children are male, what already was pointed out in the first part of this thesis by research in literature.

The question about the genetic disposal could not be confirmed by the survey, because only 50% supposed that there was an ancestor suffering from ADHD.

The percentage of answers concerning earlier treatments, which are unnecessary because of the therapeutic riding, is up to 66.7% and therefore considerably higher than the negative answers to this question.

81.8% of the affected children had at least once in his/her life problems in school matters, which backs up the assumption.

With a percentage of 75%, parents and relatives have attested the distractibility and the lacking endurance of their children.

Two-thirds of the interviewed persons confirmed the inattention as a main indication of the ADHD.

83.3% of the parents or relatives would recommend the therapeutic riding for children with ADHD.

8. LITERATUR

Ahrbeck, B. (2007). Einführung. In B. Ahrbeck (Hrsg.), *Hyperaktivität: Kulturtheorie, Pädagogik, Therapie* (S. 7-12). Stuttgart: W. Kohlhammer Druckerei GmbH.

APA (American Psychiatric Association) (2008). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR®)*. Arlington: APPI.

Banaschewski, T. (2010): Genetik. In: H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger, M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (S. 113-127). Stuttgart: Kohlhammer.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). *Das große ADHS-Handbuch für Eltern: Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität*. Bern: Verlag Hans Huber.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

Bolvansky, R. (2002). Hyperkinetische/aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. In: K. Czerwenka (Hrsg.), *Das aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kind: Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*. (S. 52-78). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Bundesärztekammer (2005). *Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Kurzfassung*. Deutsches Ärzteblatt, 102, A3609-A3661.

Burmeister, H. A. (2001). Das Verständnis von Hyperaktivität aus systemtheoretischer Perspektive. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 168-188). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Cizek, B., Pfeiffer, C. (2001). *HorseTalks*. Working Paper. Österreichisches Institut für Familienforschung 13-2001. Wien: Verlagspostamt.

Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Drechsler R. (2010). Neuropsychology. In: H.-C. Steinhausen, A. Rothenberger, M. Döpfner (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (S. 92-112). Stuttgart: Kohlhammer.

Eichlseder, W. (1994). *Unkonzentriert?: Hilfe für hyperaktive Kinder und ihre Eltern*. Weinheim, Berlin: Beltz Verlag.

Gabriel, R. (2002): Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)? Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)? Sensomotorische Wahrnehmungsstörung? In: K. Czerwenka (Hrsg.), *Das aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kind: Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*. (S. 130-144). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Gäng, M. (2004). Heilpädagogisches Reiten. In: M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. (S. 27-104). München: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Gäng, M. (2009). Gedanken zur Ausübung dieses Berufes. In: M. Gäng (Hrsg.). *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren*. (S. 31-33). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Gawrilow, Caterina. (2009). *ADHS*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Gerspach, M. (2001). Hyperaktivität aus der Sicht der Psychoanalytischen Pädagogik. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 50-79). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Häußler, G. (2002). Im Vorfeld der psychoanalytischen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms und der Aufmerksamkeitsstörung. In: G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder: Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (S. 136-164). Frankfurt a.M.: Verlag Brandes & Apsel.

Häußler, G., Hopf, H. (2002). Psychoanalytische Theorien. In: G. Bovensiepen, H. Hopf, G. Molitor (Hrsg.), *Unruhige und unaufmerksame Kinder: Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms* (S. 20-44). Frankfurt a.M.: Verlag Brandes & Apsel.

Heinemann, E. & Hopf, H. (2006). *AD(H)S: Symptome Psychodynamik Fallbeispiele Psychoanalytische Theorie und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG.

Helbig, S. (2011). Diskurse über ADHS zwischen Anlage und Umwelt. In: U. Sauerbrey, M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 69-138). Jena: IKS GmbH, Verlag IKS Garmond.

Hoffmann, H. (1845/46). Die Geschichte von dem Zappel-Philipp. In: H. Hoffmann (Hrsg.), *Der Struwpeter*. Frankfurt a. M.: Literarische Anstalt.

Horstmann, M. (2010). *Heilpädagogisches Reiten als Entwicklungsförderung für Kinder mit psychomotorischen Auffälligkeiten: Ergebnisse einer Interventionsstudie*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Hüther, G., Bonney, H. (2002). *Neues vom Zappelphilipp: ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln*. Düsseldorf, Zürich: Walter Verlag.

Ihm, V. (2004). *Heilpädagogisches Reiten und Entwicklungsförderung. Theoretische Hintergründe und Fallbeispiele*. Berlin: Verlag Freimut und Selbst.

Kilgus, N. C. (2007). *Selbstregulation der langsamen kortikalen Potentiale bei Kindern mit und ohne ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung): Eine Pilotstudie*. Tübingen: Diss.

Kiphard, E. J. (1993). Das hyperaktive Kind aus psychomotorischer Sicht. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie*. (S. 64-84). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Klüwer, C. (2004). Einführung. In: M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. (S. 14-26). München: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Klüwer, C. (2005). Die Entwicklung des ThR international und die Stellung des heilpädagogischen Voltigierens/ Reitens innerhalb des ThR. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 14-17). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Knölker, U. (2001). *Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS): Fakten und Legenden, Probleme und Lösungen*. Bremen: UNI-MED-Verlag.

Kröger, A. (2004). Heilpädagogisches Voltigieren. In: M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. (S. 105-130). München: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Kröger, A. (2005a). Handlungsorientierung im heilpädagogischen Voltigieren. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 96-155). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Kröger, A. (2005b). Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten in sachorientierter Partnerschaft. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 18-29). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Lehmkuhl, G., Fröhlich, F., Sevecke, K., Döpfner, M. (2009). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter*. Bremen: UNI-MED.

Linnet, K. M., Wisborg, K., Agerbo, E., Secher, N. J., Thomsen, P. H., Henriksen, T. B. (2006). Gestational age, birth weight, and the risk of hyperkinetic disorder. In: *Archives of Disease in Childhood*, 91, S. 655-660.

Mattner, D. (2001). Hyperaktivität aus der Sicht der Heilpädagogischen Anthropologie. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S.13-27). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Mattner, D. (2002). Zur Biologisierung abweichenden kindlichen Verhaltens. In: H. Amft, M. Gerspach, D. Mattner (Hrsg.), *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie* (S. 7-37). Stuttgart: W. Kohlhammer Druckerei GmbH.

Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten: Informationsblatt Sektion Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten, Wien o. J.

Passolt, M. (2001). Im Dialog mit hyperaktiven Kindern. Psychomotorische Therapie im Netzwerk von Alltag, Familie, Schule und Gesellschaft. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hy-*

peraktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie (S. 28-49). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG.

Pauel, C. (2005). Handlungsorientierung im Heilpädagogischen Reiten. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 156-200). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Pietrzak, I.-M. (2001). *KINDER mit PFERDEN stark machen: Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. Lüneburg: Cadmos Verlag GmbH.

Ringbeck, B. (2004). Psychomotorische Förderung bewegungsauffälliger Kinder durch Heilpädagogisches Voltigieren. In: M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. (S. 131-159). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Ringbeck, M. (2009). Heilpädagogisches Voltigieren mit verhaltensauffälligen Kindern - Fragenkatalog für Praxisnahe Reflexion. In: M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren*. (S. 95-103). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Robier, C. (2009). Ausbildungsübersicht: Österreich. In: M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren*. (S. 28-30). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Roessner, V., Rothenberger A. (2010). Neurochemie. In: H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* (S. 76-92). Stuttgart: Kohlhammer.

Sauerbrey, U. (2009). Schadstoffbelastung als Risikofaktoren der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Präventionsvorschläge für die Praxis. In: *Ergotherapie und Rehabilitation*, 6, S. 18-21.

Sauerbrey, U. (2011). Kritische Anmerkungen zur medizinhistorischen Darstellung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: U. Sauerbrey, M. Winkler (Hrsg.), *Pädagogische Anmerkungen zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (S. 31-69). Jena: IKS GmbH, Verlag IKS Garamond.

Schäfer, U., Gerber W.-D. (2007). *AD(H)S Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung: Ein Ratgeber für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Schulz, M. (2005a). Heilpädagogische Arbeit mit und auf dem Pferd. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 18-29). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Schulz, M. (2005b). Prinzipien der Gestaltung. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 90-94). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Schulz, M. (2005c). Reitübungen mit pädagogisch relevanten Inhalten. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 218-237). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Seidler, E. (2004). „Zappelphilipp“ und ADHS: Von der Unart zur Krankheit. Deutsches Ärzteblatt, 101, 239-243 [Heft 5]

Stork, L., Hüttl, W., Thaler, A. L. (2001). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung - Syndrom oder Symptom: Erfahrungen aus der Psychoanalytischen Arbeit mit HKS – Kindern und ihre Familien. In: M. Passolt (Hrsg.), *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie* (S. 93-110). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Voßberg, J. (2004). Anbahnung und Gestaltung positiver Beziehungen mit Kleinpferden. In: M. Gäng (Hrsg.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. (S. 160-188). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wagner, I. (2002). Aufmerksamkeitsstörung – Ihre Bewältigung und Therapie. In: K. Czerwenka (Hrsg.), *Das aufmerksamkeitsgestörte und hyperaktive Kind: Ursachen, didaktische Konzepte, schulische Hilfen*. (S. 16-36). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Wender, P. H. (2002). *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

8.1. Internetquellen

<https://www.thieme.de/viamedici/lernen/glossar/k.html> [7.3.2013; 10:14]

<http://catbull.com/alamut/Lexikon/Mittel/Serotonin.htm> [7.3.2013; 10:40]

<http://flexikon.doccheck.com/de/Noradrenalin> [7.3.2013; 10:35]

<http://flexikon.doccheck.com/de/Dopamin> [7.3.2013; 10:27]

http://www.drogen-wissen.de/DRUGS/DW_GE/benzodiazepine.shtml [7.3.2013; 14:08]

[http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/adhs/article/681370/adhs-kinder-denken-anders.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/adhs/article/681370/adhs-kinder-denken-anders.html)
[13.3.2013; 13:22]

<http://www.who.int/classifications/icd/en/> [13.3.2013; 13:46]

<http://flexikon.doccheck.com/de/Single-Photon-Emissions-Computertomografie>
[13.3.2013; 13:53]

<http://wissen.woxikon.de/sedierung> [18.3.2013; 11:01]

<http://www.marburgerkonzentrationstraining.de/> [19.3.2013; 19:57]

Österreichisches Kuratorium für therapeutisches Reiten online abrufbar auf

http://www.oktr.at/pub/voltig/volt_base.php?tab=12 [20.3.2013; 14:35]

<http://cdn1.vol.at/2005/10/Hippotherapie.pdf> [21.3.2013; 20:48]

[http://www.neuropaediatric.com/uploads/media/Sensorische_Integrations_lang_01.p
df](http://www.neuropaediatric.com/uploads/media/Sensorische_Integrations_lang_01.pdf) [18.4.3.2013; 11:37]

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Wender (1995) zitiert nach Gawrilow, Caterina. (2009). *ADHS*. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Abb. 2: http://www.onmeda.de/krankheiten/depressive_verstimmung-ursachen-10308-3.html [21.3.2013; 22:13]

Abb. 3: Schäfer, U., Gerber W.-D. (2007). *AD(H)S Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung: Ein Ratgeber für Eltern, Erzieher und Lehrer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. Kg.

Abb. 4: Klüwer, C. (2005). Die Entwicklung des ThR international und die Stellung des heilpädagogischen Voltigierens/ Reitens innerhalb des ThR. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 14-17). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Abb. 5: Kröger, A. (2005a). Handlungsorientierung im heilpädagogischen Voltigieren. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 96-155). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Abb. 6/7/8: <http://www.pferde-magazin.info/ausbildung-erziehung/artikel?voltigieren-erster-pflichtblock-aufsprung-grundsitz-fahne-muehle-100> [16.4.2013; 22:25]

Abb. 9: Schulz, M. (2005c). Reitübungen mit pädagogisch relevanten Inhalten. In: A. Kröger (Hrsg.): *Partnerschaftlich miteinander umgehen* (S. 218-237). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.

Abb. 10–50: Diagramme zu den Ergebnissen der Eltern/Angehörigen- und TherapeutInnenbefragung erstellt in SPSS Version 15.0 und Excel

9. ANHANG

9.1. Fragebögen

FRAGEBOGEN zum Thema

Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren

Sehr geehrte Eltern!

Mit diesem Fragebogen möchte ich Sie ganz herzlich einladen, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. Das Ergebnis dient als Grundlage für meine Diplomarbeit zum Thema „Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren mit Kindern mit Aufmerksamkeits-schwierigkeiten“ am Zentrum für Humanbiologie der Universität Wien. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nur wenige Minuten. Diese Umfrage ist anonym und die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Fragen zum Elternteil:

1. Ich bin ☐ die Mutter ☐ der Vater des Kindes.

2. Alter: _____

3. Berufstätigkeit: ☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, Art des Berufs: _____

Fragen zum Kind:

4. Alter: _____

5. Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

6. Anzahl der Kinder in der Familie: _____

7. Ist das Kind als einziges in der Familie von AD(H)S betroffen?

☐ ja ☐ nein

➔ wenn nein, welches Kind ist noch von AD(H)S betroffen (älteres/jüngeres)?

8. Diagnosezeitpunkt: _____

9. Art der Diagnose (nach welcher Methode):

10. Beschreiben Sie bitte in Stichworten die Auffälligkeiten im Verhalten Ihres Kindes.

11. Gibt es Hinweise auf Vorfahren mit AD(H)S? ☐ ja ☐ nein

Fragen zum Heilpädagogischen Voltigieren/Reiten (HPV/R):

12. Wer hat Sie auf HPV/R aufmerksam gemacht? (Mehrfachantworten möglich)

☐ selber ☐ Lehrer/in ☐ Kindergärtner/in

☐ Arzt ☐ andere: _____

13. Wie lange ist das Kind schon bei HPV/R?

14. Wie häufig kommt das Kind zum HPV/R?

15. Handelt es sich um eine Einzel- oder Gruppentherapie?

16. Ist der behandelnde Arzt mit der Therapie einverstanden? ☐ ja ☐ nein

➔ wenn nein, welche Einwände gibt es?

17. Gibt es noch zusätzliche Therapien? ☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche?

18. Gab es früher andere Therapien, die jetzt nicht mehr notwendig sind?

☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche?

19. Hat das Kind ein Haustier oder Umgang mit anderen Tieren?

☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche Tiere sind das?

20. Wird für die Therapiestunde immer das gleiche Pferd herangezogen?

☐ ja ☐ nein

21. Erhalten Sie finanzielle Unterstützung für die Therapie? ☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, von welcher/n Institution/en?

22. Inwiefern gibt es eine Verbesserung, die auf HPV/R zurückzuführen ist?

23. Wird AD(H)S auch medikamentös behandelt? ☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche Medikamente werden verabreicht?

Fragen zum schulischen Werdegang:
--

24. Hat das Kind den Kindergarten besucht? ☐ ja ☐ nein

25. Hat das Kind die Vorschule besucht? ☐ ja ☐ nein

26. Hatte das Kind schon jemals Probleme in der Schule? ☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche?

27. Musste das Kind aufgrund von AD(H)S eine Klasse wiederholen?

☐ ja ☐ nein

➔ wenn ja, welche Schulstufe wurde wiederholt?

28. Ist das Kind auf einem der folgenden Gebiete besonders begabt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Kunst ☐ Sport ☐ Handwerk
- ☐ Technik ☐ Soziales
- ☐ anderes: _____

Fragen zur Symptomatik:

29. Welche der folgenden Symptome treffen auf Ihr Kind zu?

Das Kind ...		trifft sicher zu	trifft eher zu	trifft wenig zu	trifft nicht zu	weiß ich nicht
1	... bricht Regeln in der Familie.					
2	... missachtet Regeln in der Schule.					
3	... stört im Unterricht.					
4	... hat wenig Ausdauer, um Aufgaben zu erfüllen.					
5	... ist leicht ablenkbar.					
6	... hat eine geringe Frustrationstoleranz.					

7	... leidet manchmal an Wutanfällen.					
8	... legt aggressives Verhalten an den Tag.					
9	... hat ein chaotisches Ordnungsverhalten.					
10	... spricht überhastet.					
11	... spricht andauernd.					
12	... produziert ständig Geräusche (auch wenn es nicht spricht).					
13	... ist ungeschickt.					
14	... hat eine unpassende Mimik.					
15	... hat eine unpassende Gestik.					
16	... hat eine unpassende Körpersprache.					
17	... hat geringes Selbstbewusstsein.					
18	... ist sehr unaufmerksam.					
19	... hat eine Teilleistungsschwäche in der Schule.					
20	... hat eine Lese-Rechtschreib-Schwäche.					
21	... hat eine Rechenschwäche.					
22	... hat kaum dauerhafte soziale Bindungen (Freunde, Spielkameraden etc.)					
23	... ist ein Außenseiter im Klassenverband.					

24	... hat Ängste (Bsp. Dunkelheit, Tiere etc.)					
25	... neigt zu depressivem Verhalten.					

30. Bei folgenden der oben genannten Symptome kann ich eine Verbesserung durch das Heilpädagogische Reiten/Voltigieren erkennen (nur die Nummer von 1–25 des Symptoms notieren):

31. Gibt es Unterschiede im Verhalten des Kindes vor bzw. nach der Therapie-
stunde? ja ☐ nein ☐

➔ wenn ja, welche?

32. Ich würde HPV/R auf jeden Fall als alternative Therapie für Kinder mit ähnlichen Symptomen empfehlen.

☐ ja ☐ nein

Vielen DANK für die Unterstützung und alles Gute für die Zukunft!

Mit freundlichen Grüßen

Theresa Hunstorfer

FRAGEBOGEN zum Thema

Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren

Sehr geehrte Therapeuten und Therapeutinnen!

Mit diesem Fragebogen möchte ich Sie einladen, an einer wissenschaftlichen Studie über Ihre Arbeit als Therapeut/in für Heilpädagogisches Reiten/ Voltigieren teilzunehmen. Die Ergebnisse werde ich im Rahmen meiner Diplomarbeit zum diesem Thema, welche ich am Zentrum für Humanbiologie der Universität Wien verfasse, in einer empirischen Studie verarbeiten. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert nur wenige Minute. Diese Umfrage ist anonym und die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Fragen zur Person:

1. Alter: _____

2. Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

3. Familienstand: ☐ verheiratet ☐ ledig
☐ verwitwet ☐ geschieden

4. Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

→ wenn ja, wie viele? _____

5. Ist HPV/R Ihr Hauptberuf? ☐ ja ☐ nein

→ wenn nein, welchen Hauptberuf üben Sie aus?

Fragen zur Ausbildung:

6. Wann haben Sie die Ausbildung zum Therapeuten für Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren gemacht?

Datum:

7. An welcher Institution haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?

8. Haben Sie eine pädagogische Vorbildung (an der Universität, Pädagogischen Akademie etc.)? ja ☐ nein ☐

→ wenn ja, um welche Ausbildung handelt es sich dabei?

Fragen zum Arbeitsalltag:

9. Wie lange arbeiten Sie schon mit Pferden in diesem Beruf?

10. Wie viele Kinder mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten betreuen Sie im Moment?

11. Wie viele Kinder haben Sie insgesamt in Ihrer Karriere schon therapiert (ungefähre Schätzung)?

12. Therapieren Sie nur Kinder mit AD(H)S oder ähnlichen Aufmerksamkeits-schwierigkeiten? ja nein ☐ ☐

→ wenn nein, welche anderen Krankheiten behandeln Sie noch?

13. Haben Sie den Eindruck einer Verbesserung der Aufmerksamkeitsfähigkeit gleich nach der Therapiestunde? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

→ wenn ja, inwiefern lässt sich eine Verbesserung erkennen?

14. Sind Sie bei einer Institution angestellt oder arbeiten Sie selbstständig?

15. Welche Motivation war ausschlaggebend für Sie für die Ausbildung zum Therapeuten?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und viel Erfolg für die Zukunft!

Mit freundlichen Grüßen

Theresa Hunstorfer

9.2. Lebenslauf

Theresa Hunstorfer

Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig
Telefon: +43 664 7647305
E-Mail: theresa.hunstorfer@yahoo.de

Berufserfahrung:

Dez. 2009 – dato Erzieherin im Privatinternat der HLUW Yspertal

Ausbildung:

2008 – dato Studium an der Universität Wien: Lehramt mit den Unterrichtsfächern Spanisch und Biologie und Umweltkunde

2005 – 2008 Studium an der Universität Wien: Translationswissenschaft in den Sprachen Spanisch und Japanisch

09/1998 – 06/2005 Europagymnasium vom Guten Hirten in Baumgartenberg
Matura mit Auszeichnung

1993 – 1997 Volksschule Grein