

Vorwort

Aufmerksamkeitsstörungen stellen ein Problem mit weitreichenden individuellen sowie gesundheits- und schulpolitischen Auswirkungen dar: Die betroffenen Kinder und ihre Eltern leiden in hohem Maße; Lehrer und Schule sind oft genug hilflos-resigniert, und allzu oft entledigt man sich aufmerksamkeitsgestörter Kinder durch die Überweisung in Sondereinrichtungen (z. B. Psychiatrie, Sonderschulen). Aufmerksamkeitsstörungen können die Entwicklung eines Kindes, seine Erziehung, seine Ausbildung, sein schulisches Lernen und sein Sozialverhalten nachdrücklich beeinträchtigen. Mithin gibt es zahlreiche und gute Gründe dafür, solche Störungen frühzeitig zu erkennen und differenziert zu behandeln.

Hierfür bietet das vorliegende Trainingsprogramm ein klar strukturiertes Konzept. Es vermittelt, wie die Störung diagnostiziert wird und erläutert die einzelnen Therapiebausteine detailliert und praxisnah. Dabei kommen auch die handlungsleitenden theoretischen Überlegungen zur Sprache. Insgesamt wird ein flexibel handhabbares Trainingsprogramm zur Verfügung gestellt, das sich direkt an die betroffenen Kinder sowie ihre Eltern und Lehrer wendet. Das Therapieziel besteht darin, die Entwicklung aufmerksamkeitsgestörter Kinder zu fördern. Dies bedeutet, dass die Therapie nicht primär darauf ausgerichtet ist, Störungen zu verringern, sondern Entwicklung anzuregen. Die Kompetenzen der Kinder sollen also so verbessert werden, dass sie entwicklungsrelevante Aufgaben besser bewältigen können.

Dieses Therapiekonzept hat sich in mehreren Untersuchungen bewährt. Es ist mittlerweile weit verbreitet und wird häufig als Routineprogramm in psychotherapeutischen Praxen, Kliniken, Schulen und Fördereinrichtungen eingesetzt.

Das Therapieprogramm wird auch an den Ambulanzen für aufmerksamkeitsgestörte Kinder, die an den Universitäten Köln, Stuttgart und Tübingen bestehen, fortlaufend überprüft. Dabei steht einerseits die Wirksamkeit im Blickpunkt, andererseits die Anwendbarkeit in der Praxis. Ferner erhalten wir zahlreiche Rückmeldungen von TherapeutInnen, die sich brieflich oder telefonisch an uns wenden. Auf diese Weise sind die aktuellen praktischen Erfahrungen in die jetzige Überarbeitung eingeflossen.

Das vorliegende Therapiemanual wurde umfassend überarbeitet: Die Gliederung wurde neu gestaltet und inhaltlich gestrafft; die Therapiemateria-

lien neu gezeichnet und modernisiert; die Therapieprogramme übersichtlicher und leserfreundlicher gestaltet und die theoretischen Grundlagen aktualisiert.

Wir haben zahlreichen Personen herzlich zu danken: Zunächst Frau Sabine Köster für ihre Vorbereitung der Überarbeitung, Frau Susanne Ackermann für ihr geduldiges und engagiertes Lektorat, Frau Dr. Heike Berger für ihre engagierte Unterstützung, Frau Traudl Uhl für die anregenden Zeichnungen, sowie den studentischen Hilfskräften (Frau Helfgen, Frau Gödeke, Herr Freese, Herr Otte) für ihr Engagement und ihre Zuverlässigkeit, Jan-Steffen Schlottke für die Aufbereitung der Trainingsmaterialien, Frau Gerlind Schlottke für ihre umsichtige Unterstützung beim Korrekturlesen.

Köln, Tübingen und Stuttgart im April 2002

Gerhard W. Lauth
Peter F. Schlottke

8 Therapeutische Verfahren

Das Trainingsprogramm greift auf verschiedene therapeutische Vorgehensweisen zurück, die hier in ihren Grundzügen vorgestellt werden, um den Therapeuten mit grundlegenden Interventionsformen vertraut zu machen.

8.1 Kognitives Modellieren

Kognitives Modellieren. Der Therapeut vermittelt als Modell, wie eine Anforderung bewältigt werden kann. Dazu löst er eine Aufgabe und demonstriert, wie er vorgeht. Er verdeutlicht sein Vorgehen und benutzt dabei Selbstanweisungen, um die Regeln und Strategien zu veranschaulichen, denen er folgt. Seine Selbstanweisung spricht er jeweils laut sowie in „Ich-form“ (offene Selbstverbalisierung). Die Selbstanweisungen beziehen sich auf wichtige Stadien des Problemlösens (z. B. ein Problem erkennen, ein Ziel bestimmen, einen Lösungsweg ableiten, ein Ergebnis überprüfen). Ihre Bedeutung wird mit entsprechenden „Signalkarten“ (z. B. „Was soll ich hier tun?“) hervorgehoben (siehe ausführliches Beispiel in Kapitel 10.4).

Die Kinder sollen durch Beobachten lernen, wie sie vorgehen können. Ihnen wird vermittelt, welche offenen und welche verdeckten (kognitiven) Verhaltensweisen sie einsetzen sollten, um die Aufgabe erfolgreich bearbeiten zu können.

THERAPIEDEMONSTRATION

Selbstverbalisierung

Was ist meine Aufgabe? Worum geht es hier? (Problembestimmung).

Ja, ich weiß, ich soll ... (Annäherung an das Problem) ...zwei Bilder finden, die genau gleich sind.

Wie gehe ich vor? Ich gehe bedacht vor und sehe mir die einzelnen Bilder genau an; ich beschreibe zunächst, was ich sehe! (Planung des Vorgehens).

Selbstinstruktionstraining

Im Selbstinstruktionstraining wird das kognitive Modellieren dadurch erweitert, dass auch die Kinder zu Selbstanweisungen angeregt werden. Sie sollen

lernen, sich selbst Anweisungen zu geben und diese in kritischen Situationen zur Steuerung ihres Verhaltens zu nutzen (verbale Handlungsregulation). Das wird in fünf Stufen eingeübt (Meichenbaum & Goodman, 1971; Lauth, 2001):

- (1) **Modelldemonstration.** Der Therapeut demonstriert das förderliche Verhalten und begleitet sein Tun durch Selbstanweisung; das Kind beobachtet. Das Ziel der weiteren Trainingsstufen ist nun die allmähliche Übernahme dieser Modellierung. Angestrebt wird die Verinnerlichung des gezeigten Verhaltens.
- (2) **Externe Verhaltenssteuerung.** Das Kind handelt nach den Selbstanweisungen des Trainers.
- (3) **Offene Selbstinstruierung.** Das Kind lenkt sein Verhalten durch eigene Selbstanweisungen.
- (4) **Ausgeblendete Selbstinstruierung.** Das Kind lenkt sein Verhalten durch flüsternde Selbstanweisungen.
- (5) **Verdeckte Selbstinstruierung.** Das Kind soll sein Verhalten über verinnerlichte Selbstverbalisierungen (Selbstanweisungen „denken“) steuern.

In der Regel wird dann zur nächsten Stufe gewechselt, wenn die vorausgehende ausreichend beherrscht wird. Jedoch ist diese Abfolge nicht zwingend; oft werden auch die Stufen 4 und 5 reduziert oder sogar weggelassen. Letztlich soll erreicht werden, dass sich die Kinder durch verinnerlichte Selbstverbalisierungen steuern. Ihr Vorgehen soll sich also an Regeln und Plänen orientieren und sprachlich angeleitet sein.

Mit Hilfe des Selbstinstruktionstrainings kann ein vergleichsweise fehlerfreies Lernen („Erfolgstherapie“) erreicht werden. Das angemessene Verhalten wird vom Therapeuten demonstriert („vorgemacht“) und braucht von den Kindern „nur“ nachvollzogen zu werden.

Der Modellierungsdialog

Der Modellierungsdialog wird eingesetzt, um Erkenntnisse und Einsichten bei den Kindern anzuregen. Beispielsweise sollen die Kinder erkennen, dass „innehalten“ und „bedacht vorgehen“ nützlich sind. Diese Einsicht wird jedoch nicht vorgegeben, sondern soll von den Kindern selbst in einem Erkenntnisdialog (sokratischer Dialog) herausgefunden werden. Dementsprechend werden offene Fragen an die Kinder gerichtet, ihre Antworten zielbezogen umschrieben (Paraphrasierung), ihre Gesprächsbeiträge positiv verstärkt (Lob, Nicken, Bestätigung der Aussagen der Kinder) und ihre Antworten zielbezogen kommentiert. Dabei geht man davon aus, dass die angestrebten Einsichten nicht sofort und „auf einen Schlag“ bei den Kindern ver-

füßbar sind, sondern sich erst über mehrere Gedankenschritte anbahnen. Deshalb werden alle Annäherungen an das Gesprächsziel als vorläufige Einsicht festgehalten. Äußerungen der Kinder, die von dem Erkenntnisziel abweichen, werden hingegen kommentierend auf das Gesprächsziel bezogen. Auf diese Weise wird im Modellierungsdialog eine zunehmende „Verhaltensformung“ (Shaping) praktiziert.

THERAPIEDEMONSTRATION

Tricks zur Bearbeitung von Aufgaben

Im folgenden Dialog ruft der Therapeut die Strategien („Tricks“) zur Bearbeitung von Aufgaben (s. Kapitel 10) in Erinnerung. Er will außerdem verdeutlichen, dass diese Strategien allgemein gültig und auf ähnliche Probleme übertragbar sind:

Therapeut: Letztes Mal haben wir gesehen, dass wir die Tricks ganz unterschiedlich anwenden können! erinnert ihr euch noch an diese Beispiele?

K.: ...

Therapeut greift die Antwort der Kinder auf: Ja richtig! Beim Fahrrad Reparieren oder wenn man Streit mit einem Freund hat, können wir die „Tricks“ auch gut gebrauchen. Was ist denn dabei wichtig?

K.: ...

Therapeut sammelt die Antworten der Kinder: Ja, genau. Ich frage mich, was ich tun will und wie ich vorgehe. Beim Fahrrad Reparieren zum Beispiel überlege ich mir ganz genau, welchen Fehler ich suchen will und ich mache mir einen Plan, wie ich ihn finden kann. Wozu ist das denn bei einem Streit mit einem Freund von Nutzen?

K.: ...

Therapeut sammelt wiederum die Antworten der Kinder: Ja, genau. Ich überlege mir, warum der Freund das tut; und ich überlege, wie ich ihn wieder versöhnen könnte. Was ist noch ein wichtiger „Trick“?

K.: ...

Negative Aussagen der Kinder werden ebenfalls in einem shaping-analogen Prozess modelliert, z. B.:

K: Tricks anwenden ist doof!

T: Ja, es kann recht anstrengend sein, wenn man sich überlegt, was man tun muss. Habt ihr aber auch schon die Erfahrung gemacht, dass es manchmal gut ist, wenn man überlegt, was zu tun ist?

K.: ...

8.2 Einüben des Verhaltens

Übende Verfahren

Die Kinder üben in jeder Therapiesitzung etwa 20 Minuten lang mit Aufgaben, die exemplarische Anforderungen stellen. Um das Risiko von Fehlern möglichst gering zu halten, wird ihnen zuvor das richtige Vorgehen demonstriert bzw. mit ihnen besprochen. Ggf. hilft ihnen der Therapeut oder ein anderes Kind. Die Übungsmaterialien (Aufgaben) werden im Verlauf der Therapie zunehmend schwieriger, so dass immer differenziertere und komplexere Aufmerksamkeitsleistungen notwendig werden.

Jede Therapiesitzung endet mit einem Spiel (z. B. Strategiespiel, Gruppenaktivität), das die gleichen Aufmerksamkeitsleistungen wie die Übungsaufgaben verlangt.

Prozessorientierte Hilfen

Die Übungen des Kindes werden gegebenenfalls dadurch unterstützt, dass das Kind prozessorientierte Hilfen für sein Vorgehen erhält. Es bekommt dabei vor allem Hinweise, wie es vorgehen kann und welchen Weg es einschlagen sollte. Wichtig ist, dass kein Ergebnis per Anweisung korrigiert wird (z. B. der Therapeut sagt: „Da ist etwas falsch! Schau noch mal genau hin!“), sondern Hinweise zum Lösen gegeben werden. Wenn der Therapeut ein fehlerhaftes Vorgehen oder einen Fehler entdeckt, bietet er eine sogenannte „parallele Handlungssteuerung“ an: Begleitend zum Vorgehen des Kindes verbalisiert er, wie er selbst vorgeht und zeigt das entsprechende Verhalten. Er schlägt dem Kind also einen Lösungsweg vor, auf das es zurückgreifen kann. Diesen Lösungsweg demonstriert er solange, bis das Kind seine Anregung aufnimmt und umsetzt (vgl. unten „Beispiel für prozessorientierte Hilfen“). Dabei werden günstige Aufgabenbearbeitungen verstärkt. Ergebniskorrekturen von außen (z. B. „das ist falsch“), die oft zu frustrierenden und konfliktreichen Auseinandersetzungen führen, werden dadurch zumeist überflüssig.

THERAPIEDEMONSTRATION

Prozessorientierte Hilfen

Situation: Beim Spiel „Schau genau“ ist ein Kind dabei, ein Kärtchen falsch zu legen.

Der Therapeut sagt: „Halt – Stopp! Ich schau mir noch mal genau an, ob dieses Kärtchen da auch wirklich passt. Was sehe ich denn hier ...“

Der Therapeut beschreibt die Aufgabenkarte und vergleicht sie mit der Vorlage auf der Bildtafel.

Der Therapeut spricht dabei durchaus „dramatisierend“, um die Aufmerksamkeit des Kindes an sich und seine korrigierende Handlung zu binden. Er behält diese parallele Handlungssteuerung solange bei, bis das Kind die angeregte Aufgabenlösung aufgreift und alleine weiterführt.

8.3 Operante Verstärkung

Die operante Verstärkung wird zur Unterstützung der Behandlung eingesetzt, um

- ▶ das aufmerksamkeitsgestörte Verhalten unter soziale Kontrolle zu bringen (z. B. das Verhalten des Kindes kann angemessen angeleitet werden, die Aufgaben werden regelhaft bearbeitet, es werden klare Kriterien für störendes bzw. angemessenes Verhalten definiert),
- ▶ die Attraktivität des aufmerksamkeitsbezogenen Verhaltens zu erhöhen (z. B. die Einhaltung von Arbeitsregeln wird belohnt),
- ▶ (in einer längerfristigen Perspektive) Selbstkontrollfertigkeiten aufzubauen (z. B. das Kind richtet sich aus eigenem Antrieb nach den Verstärkungsbedingungen).

Umsetzung. Die operante Verstärkung wird als Kombination von Verstärker-Wegnahme bei unerwünschtem und Verstärker-Vergabe bei erwünschtem Verhalten eingesetzt. Zu Beginn einer Therapiesitzung werden den Kindern jeweils fünf Tausch-Verstärker ausgehändigt; für genau definierte Störungen (z. B. andere Kinder stören, umherlaufen) müssen sie jeweils einen Tauschverstärker abgeben (Verstärker-Wegnahme). Gleichzeitig können sie durch ihre eigene Aufgabenbearbeitung Tauschverstärker erlangen (Verstärker-Vergabe). Auf diese Weise kann sowohl die Frequenz erwünschten Verhaltens erhöht als auch des unerwünschten Verhaltens vermindert werden. Als Tauschverstärker werden bunte, große Büroklammern eingesetzt, die das Kind auf seine Arbeitsmappe aufstecken kann. Wenn das Kind 15 Klammern gesammelt hat, kann es sie für kleinere Geschenke eintauschen.

Verschiedene Ergebnisse zeigen, dass die Wirksamkeit von Trainingsprogrammen durch solche Verstärkungssysteme erheblich verbessert wird (Kendall & Zupan, 1981).