

Bloch, E.: Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt am Main 1959
 Böhme, H.; Böhme, G.: Das Andere der Vernunft. Frankfurt am Main 1985
 Buck, D.: Auf der Spur des Morgensterns. Ein Erlebnisbericht. München 1999
 Cayley, D.; Illich, J.: In den Flüssen nördlich der Zukunft. München 2006
 Dörner, K.: Bürger und Irre. Frankfurt am Main 1995
 Enquete: Zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen, psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
 Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main 1973
 Foucault, M.: Der Wille zum Wissen. Frankfurt am Main 1977
 Foucault, M.: Die Sorge um sich. Frankfurt am Main 1986a
 Foucault, M.: Der Gebrauch der Lust. Frankfurt am Main 1986b
 Foucault, M.: Was ist Kritik? Berlin 1992
 Foucault, M.: Diskurs und Wahrheit. Berkeley Vorlesungen 1983. Berlin 1996
 Giddens, A.: Die Moderne und ihre Folgen. Frankfurt am Main 1991
 Heidegger, M.: Sein und Zeit. Tübingen 1986
 Heidegger, M.: Die Technik und die Kehre. Pfullingen 1988
 Hellerich, G.: Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener. Potenziale und Ressourcen. Bonn 2003
 Kant, I.: Kritik der Urteilskraft. Stuttgart 1976
 Kempker, K.; Wehde, U.: Das Weglaufhaus. Von der Idee zur Praxis. Berlin 1998
 Lyotard, J.-F.: Das postmoderne Wissen. Köln 1986
 Marx, K.: Pariser Manuskripte. Reinbek 1968
 Nietzsche, F.: Werke. Kritische Studienausgabe (KSA) in 15 Einzelbänden. Berlin 1967-1977
 Sass, L.A.: Madness and Modernism. New York 1992
 Schmid, W.: Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt am Main 2000
 Stein, V.: Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie. Frankfurt am Main 1996
 Stöckle, T.: Die Irrenoffensive. Frankfurt am Main 1983
 Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen 1969
 White, D.; Hellerich, G.: „Psychiatry in the Labyrinth: Deconstructing Deviancy.“ In: The Humanistic Psychologist 1/1993, S. 65-80
 Wikipedia: „Hoffnung“. In: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hoffnung>

Präventionsprojekt Zappelphilipp

Frühintervention bei auffällig gewordenen Kindern

*Sandra Hofmann; Thomas Eisert;
Angela Hermens; Gerhard Ristow*

Zusammenfassung

Zahlreiche Studien zeigen, dass die Biographien von Kindern mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) oft negative Verläufe nehmen. In einer Erhebung der Mannheimer Polizei spiegeln sich diese wieder. Es entstand eine bundesweit einmalige Kooperation zwischen der Polizei Mannheim und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Im Folgenden soll das Störungsbild und das Projekt Zappelphilipp mit ersten Ergebnissen vorgestellt werden.

Abstract

Several surveys show that the biographies of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) often go wrong. In a local inquiry conducted by the police of Mannheim this observation was confirmed again. Therefore, a nationwide unique cooperation has been founded in Mannheim between the police department and the Central Institute of Mental Health. The following article will describe the disorder and present first results of a project named „Zappelphilipp“.

Schlüsselwörter

Hyperkinese – Prävention – Projekt – Kind-Beziehung – Eltern – Jugendkriminalität – Familienarbeit

Einleitung

Der aus dem Struwwelpeter bekannte Zappelphilipp, Namensgeber unseres Projektes, war eines jener Kinder, das heutzutage sicherlich die Diagnose ADHS erhalten hätte. Kinder mit einer ADHS zeichnen sich insbesondere durch eine Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration, ausgeprägte motorische Unruhe und eine auffällige Impulsivität aus. Diese Hauptmerkmale zeigen sich in einem deutlich stärkeren und wesentlichen Alltagsfunktionen einschränkenderen Ausmaß als bei Gleichaltrigen mit unauffälliger Entwicklung. Für eine Diagnosestellung ist darüber hinaus von Bedeutung, dass die ersten Anzeichen der Störung bereits seit der frühen Kindheit (vor dem Alter von sieben Jahren) und seit wenigstens sechs Monaten bestehen. Außerdem sollen sie in mehr als einem Lebensbereich (zum Beispiel zu Hause, in der Schule, in der Öffentlichkeit) auftreten und eine wesentliche Beeinträchtigung der sozialen oder schulischen Leistungsfähigkeit nach sich zie-

hen (*Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2003).

Die genannten Kernsymptome sollen im Folgenden ausführlicher erklärt werden – entsprechend der Diagnosekriterien des in Deutschland verwendeten „Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO“ (*Remschmidt u. a.* 2001).

▲ **Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration:** Kinder mit einer ADHS haben große Probleme, sich längere Zeit auf eine Tätigkeit zu konzentrieren, vor allem dann, wenn diese nicht selbst gewählt wird, etwa bei Schularbeiten. Sie lassen sich sehr leicht ablenken, unterbrechen häufig ihre Tätigkeit und können gestellte Aufgaben oft nicht zu Ende bringen. Ebenso häufig hören sie scheinbar nicht zu, wenn man ihnen etwas sagt. Sie verlieren wiederholt Dinge, die sie für bestimmte Arbeiten benötigen, und haben große Probleme, ihren Alltag zu organisieren.

▲ **Motorische Unruhe (oder auch Hyperaktivität):** Hier sind Schwierigkeiten gemeint, die vorwiegend dem Bild vom klassischen Zappelphilipp entsprechen. Kindern mit einer ADHS fällt es meist sehr schwer, still zu sitzen; sie zappeln übermäßig viel mit den Händen oder Füßen, rutschen auf dem Stuhl herum und neigen dazu, aufzustehen oder herumzulaufen, auch wenn es eigentlich nicht angebracht ist. Bei Jugendlichen lässt dieser körperliche Bewegungsdrang oft nach, sie beschreiben jedoch vielfach ein Gefühl der inneren Unruhe.

▲ **Impulsivität:** Häufig handeln Kinder und Jugendliche mit einer ADHS, bevor sie nachdenken. So platzen sie mit Antworten heraus, ehe eine Frage zu Ende gestellt ist, beginnen Aufgaben, ohne sich die Anweisungen sorgfältig durchzulesen, unterbrechen andere, reden dazwischen und können kaum abwarten, bis sie beispielsweise bei Spielen selbst an der Reihe sind.

Neben dem genannten Begriff der ADHS findet sich häufig auch die Bezeichnung Hyperkinetische Störung (HKS). Die Bezeichnungen ADHS und HKS entspringen zwei unterschiedlichen Diagnosesystemen, die zwar die ausgeführten Kernsymptome ähnlich beschreiben, jedoch in den Details deutlich voneinander abweichen. Der Begriff HKS wird im sogenannten ICD-10 (ICD = International Classification of Diseases, internationale Einteilung der Krankheiten) der Weltgesundheitsorganisation (*Remschmidt u. a.* 2001) verwendet. Von ADHS hingegen wird im DSM-IV (DSM = Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (*Saß u. a.* 1996) gesprochen. Die Bezeichnung ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Störung) ist dabei als eine im DSM-IV benannte Unterform der ADHS einzuordnen, bei der zwar eine Aufmerksamkeitsstörung vorliegt, Hyperaktivität und Impulsivität jedoch fehlen.

Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland zirka drei bis fünf Prozent (300 000 bis 500 000) der Kinder und Jugendlichen von einer ADHS betroffen sind – Jungen drei- bis viermal häufiger als Mädchen. Bei Mädchen ist zu beachten, dass die Symptomatik häufiger übersehen wird, da diese weniger starke expansive, also nach außen sichtbare Verhaltensweisen zeigen, wie lautes Schreien oder Wutausbrüche.

Verschiedene Studien liefern Hinweise dafür, dass genetische Faktoren bei der Entstehung hyperkinetischer Störungen eine große Rolle spielen. Darüber hinaus scheinen Einflüsse während der Schwangerschaft und Geburt von Bedeutung zu sein, zum Beispiel Nikotin- oder Alkoholkonsum, chronischer Stress, Frühgeburt oder andere Geburtskomplikationen. Gesichert ist, dass die Hirnstoffwechsellvorgänge (vor allem im Hinblick auf den Neurotransmitter Dopamin) von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS anders sind als bei Nichtbetroffenen. Erziehung und Umgebungsbedingungen haben wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß der Beeinträchtigung durch eine ADHS, nicht jedoch auf die eigentliche Störung. Das heißt, sie können nicht als ursächlich, wohl aber als aufrechterhaltend beziehungsweise beeinflussend bezeichnet werden (*Döpfner u. a.* 2000).

Viele Kinder und Jugendliche mit einer ADHS leiden an weiteren Begleiterkrankungen oder -störungen. Die am häufigsten mit einer ADHS einhergehende Störung ist die des Sozialverhaltens (SSV). Im Kindesalter äußert sich diese meist in oppositionell-verweigerndem Verhalten wie Regelmissachtungen, aktives Widersetzen bei Anweisungen von Erwachsenen, viele oder besonders heftige Wutausbrüche und Lügen um des eigenen Vorteils willen. Im weiteren Verlauf kann es zu delinquenten Handlungen wie Stehlen, Zerstören fremden Eigentums oder Schuleschwänzen kommen (*Lavigne u. a.* 2001).

Motorische Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit führen in der Schule oft zu Leistungsproblemen. In der Folge leidet häufig das Selbstvertrauen der Kinder. Im Kontakt mit Gleichaltrigen, Erziehern,

Erzieherinnen oder Lehrkräften erfahren sie teilweise Ablehnung oder Unverständnis. Neben der SSV und allgemeinen sozialen und schulischen Schwierigkeiten entwickeln viele Kinder mit einer ADHS auch Angst- oder Tick-Störungen (unwillkürliche Bewegungen wie Blinzeln, Zucken, aber auch Lautäußerungen wie Grunzen oder Räuspern). Ebenso besteht ein erhöhtes Risiko für Depressionen. Auf lange Sicht und bei ungünstigem Verlauf steigt das Risiko für späteres Suchtverhalten.

Wer von einer ADHS betroffen ist, ist dies sein Leben lang. Dies bedeutet nicht, dass die Symptomatik der Kindheit unverändert bestehen bleibt. Mit zunehmendem Alter geht die motorische Unruhe zurück, die Aufmerksamkeitsprobleme können durch erlernte Techniken kompensiert und die Impulsivität kann unter Umständen besser kontrolliert werden. In den meisten Fällen lässt sich jedoch eine mehr oder weniger ausgeprägte Restsymptomatik im Erwachsenenalter feststellen. Allerdings gibt es wirksame Behandlungsmöglichkeiten und die Betroffenen können lernen, ihre Stärken so zu nutzen, dass sich negative Auswirkungen auf die Lebensgestaltung verhindern lassen. Je früher therapeutisch interveniert wird, desto besser!

Die Diagnose einer hyperkinetischen Störung kann nicht aufgrund eines einzelnen Tests oder Fragebogens gestellt werden. Um eine tatsächliche Störung von Normvarianten kindlichen Verhaltens sowie anderen Störungsbildern klar abgrenzen zu können, ist eine umfassende Diagnostik geboten. Diese sollte Informationen aus verschiedenen Quellen (Eltern, Erziehende, Kind), Fragebögen zur Fremd- und Selbsteinschätzung, mehrmalige Verhaltensbeobachtung, Leistungstests sowie eine körperlich-neurologische Untersuchung einbeziehen. Je genauer letztlich die Diagnostik ist und umso klarer die Problembereiche einzugrenzen sind, desto passgenauer kann auch eine entsprechende Therapie eingeleitet werden (Döpfner u. a. 2006). Als Therapie hat sich eine Kombination von verschiedenen Maßnahmen bewährt, die im Wesentlichen in drei Bereiche zu unterteilen sind: Psychoedukation, verhaltenstherapeutische Interventionen und Medikation (Döpfner; Lehmkuhl 2002). Für alternative therapeutische Ansätze, wie beispielsweise spezielle Diäten oder Homöopathie, fehlen bislang verlässliche Wirksamkeitsbelege, weshalb sie an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden.

▲ **Psychoedukation:** Die Aufklärung der Betroffenen (Kinder und Jugendliche, Eltern und bei Bedarf weitere Bezugspersonen wie Großeltern, Erzieher oder

Lehrerinnen) über das Störungsbild der ADHS stellt den ersten und für das Verständnis weiterer Maßnahmen wesentlichen Baustein jeder Behandlung dar. Es sollte umfassend über die Ursachen einer ADHS, den Zweck und die Einflussnahme entsprechender Behandlungsmöglichkeiten sowie den Verlauf einer behandelten beziehungsweise unbehandelten ADHS aufgeklärt werden.

▲ **Psychotherapie:** Verhaltenstherapeutische Konzepte haben sich als besonders wirksam erwiesen (Döpfner u. a. 2000). Diese beziehen sich auf Maßnahmen für die Eltern, das Kind und die Schule oder den Kindergarten. Aufbauend auf dem vermittelten Wissen über die Störung ihres Kindes werden die Eltern geschult, ihr Erziehungsverhalten schrittweise zu verändern, um möglichst optimal auf die schwierigen Verhaltensweisen ihres Kindes reagieren und vorhandene Stärken gezielt fördern zu können. Mit den Kindern selbst wird nach Möglichkeiten gesucht, damit sie sich besser organisieren, Impulsivität kontrollieren und Kontakte mit Gleichaltrigen gestalten können. Hierbei spielen die Eltern als Co-Therapeuten eine wesentliche Rolle, da sie einerseits die Rahmenbedingungen durch geänderte Erziehungsweisen beeinflussen und andererseits das Kind bei dessen Bemühungen zusätzlich anleiten und unterstützen können. Nicht immer lassen sich Schule und Kindertageseinrichtung so einbeziehen, wie es für umfassende Veränderungen notwendig wäre. Es sollte aber zumindest eine Aufklärung über das Störungsbild sowie Interventionsmöglichkeiten erfolgen. Auch sollten die Eltern beraten werden, wie sie eine gute Zusammenarbeit mit Schule und Kindertageseinrichtung aufbauen können.

▲ **Medikation:** Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Medikamenten löst häufig Besorgnis bei den Eltern aus. In vielen Studien konnte jedoch der positive Effekt entsprechender Medikation nachgewiesen werden (Döpfner; Lehmkuhl 2002). Mittel der ersten Wahl sind Stimulanzien, also eigentlich anregende Mittel, die als Wirkstoff Methylphenidat enthalten, aber auch Amphetamine. Der geläufigste Handelsname eines Methylphenidatpräparats ist *Ritalin*. Medikamente dieser Art sorgen für eine Verminderung der Aufmerksamkeitsstörungen, der Hyperaktivität und der Störung der Impulskontrolle. Es treten verschiedentlich unerwünschte Nebenwirkungen auf, wobei Appetitstörungen, Magenbeschwerden und Kopfschmerzen zu den häufigsten zählen. Befürchtungen, dass durch die Gabe von Stimulanzien zukünftiges Suchtverhalten begünstigt wird, haben sich bislang nicht bestätigt. Vielmehr weisen einige Studien darauf hin, dass eine ange-

messene Medikation als Schutz vor späteren Suchterkrankungen wirken kann (Huss; Lehmkuhl 2002). Psychoedukation und verhaltenstherapeutische Intervention werden im ambulanten Rahmen oftmals in Einzel- und Familiengesprächen beziehungsweise in Elterntrainingsgruppen anhand bereits etablierter Behandlungsprogramme wie Triple P – „Positive Parenting Program“ (Markie-Dadds u. a. 2003) oder THOP – „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ (Döpfner u. a. 2002) durchgeführt.

Es bleibt festzuhalten, dass im Umgang mit hyperkinetischen und verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen verschiedene und wirksame Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen, die sowohl den direkt Betroffenen, also den Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS, als auch ihren Eltern und anderen Bezugspersonen helfen können, mit den vorhandenen Problemen umzugehen und Stärken auszubauen.

Projektbeschreibung

Das Projekt Zappelphilipp hat eben diese Zielsetzung: systematisch, multimodal (also auf den genannten drei Ebenen) und multiprofessionell (unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen) zu behandeln. Eine unbehandelte hyperkinetische oder dissoziale Verhaltensstörung im Kindesalter birgt das Risiko einer späteren kriminellen Karriere. Kinder mit einer ADHS neigen nicht grundsätzlich zu delinquentem Verhalten. Durch ihre Impulsivität und Aufmerksamkeitsprobleme benötigen sie jedoch länger als andere Kinder, um Regeln zu lernen, halten einen Belohnungsaufschub weniger gut aus und geraten schneller in eine Außenseiterposition. Ihre Eltern sind häufig in der Erziehung überfordert. Kommt zusätzlich ein sozial problematisches Umfeld hinzu, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von kriminellen Handlungen.

In der Stadt Mannheim konstatiert das Polizeipräsidium schon seit vielen Jahren eine erhöhte Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Im Jahr 2006 waren gemäß der Kriminalstatistik der Stadt Mannheim 579 Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren tatverdächtig, 380 davon wurden erstmalig polizeilich auffällig. Weiterhin sind zirka zehn bis 20 der jährlich tatverdächtigen Kinder sogenannte Intensivtäter, also Täter von besonders schweren oder zahlreichen Delikten. Unter diesen Intensivtätern findet sich ein auffälliger Anteil (60 Prozent) mit hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens. Der deutliche Zusammenhang von ADHS und delinquentem Verhalten veranlasste das Polizeipräsidium

Mannheim und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit zu einer ungewöhnlichen, neuen Kooperation. Das bundesweit einmalige Präventionsprojekt Zappelphilipp für Kinder mit einer ADHS und delinquentem Verhalten wurde gegründet. Um erstmalig bei der Polizei gemeldete Kinder vor einer kriminellen Laufbahn zu bewahren, ist eine frühzeitige Intervention geboten. Nicht nur die negativen Auswirkungen auf die individuellen Lebensläufe können verhindert, auch spätere Folgekosten, entstehend durch einen stationären Aufenthalt oder Inhaftierung, können reduziert werden.

Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, eventuelle Störungen früh zu erkennen und mit einem Hometreatment (Behandlung im häuslichen Milieu) im unmittelbaren Lebensumfeld des Kindes, in der Familie, pädagogisch-therapeutisch zu intervenieren. Einem ungünstigen Verlauf des Störungsbildes soll durch Hilfe zur Selbsthilfe entgegengewirkt werden. Indem zusätzlich zu der Arbeit mit dem Kind auch dessen Eltern und Geschwister einbezogen werden, ist eine Übertragung der erlernten Methoden in den Alltag der Familie besser gewährleistet als bei der üblichen ambulanten Behandlung.

Seit Beginn des Projekts im Oktober 2005 wurden inzwischen 45 Familien über das Konzept aufgeklärt, davon entschlossen sich 36 zu einer Teilnahme. Der vereinfachte Ablauf der Behandlung lässt sich wie folgt skizzieren:

- ▲ Polizeiliches Ereignis oder sonstige massive Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes.
- ▲ Hilfeangebot Projekt Zappelphilipp wird unterbreitet (Kontaktherstellung über Jugendsachbearbeiter oder -sachbearbeiterin der Polizei, Jugendamt und Klinikambulanz).
- ▲ Bei Interesse am Projekt ausführliche Aufklärung und anschließend ausführliche Diagnostik, bestehend aus Erhebung der Vorgeschichte, testpsychologischer Diagnostik, EEG und strukturiertem Interview.
- ▲ Beginn des Hometreatments, insgesamt 18 Sitzungen zuzüglich dreier kinder- und jugendpsychiatrischer Sitzungen im Zeitraum von vier bis fünf Monaten.
- ▲ Bei Bedarf zusätzliche Beratung und/oder Medikation.
- ▲ Erste Evaluation zum Abschluss der eigentlichen Behandlungsphase.
- ▲ Es folgen drei Booster-Sitzungen (Auffrischungssitzungen) nach jeweils drei Monaten mit weiterer Evaluation des Behandlungserfolges.
- ▲ Abschlussevaluation und gegebenenfalls Langzeitverfolgung schließen an.

Das Projektteam besteht aus fünf Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Die Diagnostik wird von einem Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Diplom-Psychologin vorgenommen. Die Behandlung im familiären Umfeld geschieht durch drei Familientrainer, die dafür speziell geschult wurden. Das Hometreatment besteht aus einem manualisierten Trainingsprogramm, das aus vorhandenen effektiven Behandlungsansätzen neu zusammengestellt wurde. Dieses eigens erstellte Manual behandelt Themen wie Familienregeln, Loben und Belohnen, Einsatz von Konsequenzen, Wahrnehmen von Gefühlen, Umgang mit Wut, Schaffen eines positiven Familienklimas, Stressmanagement und so weiter. Der Schwerpunkt der Behandlung richtet sich nach den speziellen Bedürfnissen der Familien. Erarbeitet werden diese Inhalte mithilfe von Arbeitsblättern, praktischen Übungen, Rollenspielen und Videoanalysen. Um den Transfer in den Familienalltag zu erleichtern, erhalten die Familien von Sitzung zu Sitzung Hausaufgaben, die dazu dienen, das Erlernte praktisch anzuwenden. Dadurch sollen eine längerfristige Erfolgsstabilisierung und ein eigenständiger Umgang mit neu auftauchenden Problemen erreicht werden.

Jede der 18 Hometreatmentsitzungen ist dreigeteilt: Eltern – Familie – Kind. Auf der Elternseite sollen die Erziehungskompetenzen gestärkt werden und mit dem Kind wird eine verbesserte Impulssteuerung erarbeitet. Mit der gesamten Familie werden Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten geübt sowie der Transfer der Fähigkeiten in den Alltag unterstützt.

Erste Ergebnisse

Die intensive Behandlungsphase haben inzwischen 18 Familien abgeschlossen. 88 Prozent der am Projekt teilnehmenden Kinder sind männlich. Das Durchschnittsalter beträgt elf Jahre. Überwiegend gehören die Familien den unteren sozialen Schichten an. Die Resonanz bei den Familien mit bereits abgeschlossener Behandlung ist einheitlich positiv. 62,5 Prozent der Eltern und Kinder geben eine sehr gute Gesamtzufriedenheit an, weitere 37 Prozent eine gute Gesamtzufriedenheit. Diese Zufriedenheit resultiert aus deutlich reduzierten Konflikten innerhalb der Familie, einem verbesserten Umgangston und einer harmonischeren Eltern-Kind-Beziehung. Alle Eltern und immerhin 87,5 Prozent der Kinder erlebten die Hometreatmentbehandlung als Unterstützung.

Bezüglich der Regeleinhaltung des Kindes und der Erziehungskompetenzen der Eltern ergaben sich Verbesserungen um 60 bis 70 Prozent (aus Elternsicht). Die Eltern beschreiben nach der Behandlung

das oppositionelle Problemverhalten ihres Kindes als deutlich reduziert. Dieses Ergebnis kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder ihre Impulse und ihr Verhalten gezielter steuern können, oder andererseits darauf, dass die Eltern sich im Umgang mit dem oppositionellen Verhalten der Kinder kompetenter fühlen und die Problembelastung durch einen umfassenderen Einblick in das Störungsbild anders wahrnehmen. Auch die Kinder geben einen niedrigeren Wert für den Schweregrad ihrer oppositionellen Verhaltensstörung an. Unter Berücksichtigung der für Kinder typischen Verharmlosung bei Fragebogenuntersuchungen bleiben die Werte für die Symptomminde rung signifikant reduziert.

Diese ersten Ergebnisse deuten einen erfolgreichen Projektverlauf an. Je höher allerdings die Problembelastung der Familie und je schwächer die persönlichen Ressourcen von Eltern und Kind, umso länger dauert es, bis erste Veränderungen im Familienklima zu erkennen sind. In diesen Fällen arbeitet das Projekt Zappelphilipp eng mit dem Jugendamt zusammen. Einige dieser Familien sind dem Jugendamt bereits vor Projektbeginn bekannt und Maßnahmen zur Hilfe zur Erziehung etabliert. Die Familientrainerinnen und -trainer streben eine Vernetzung mit den jeweiligen Familienhelfern an, um auch über den Zeitrahmen des Hometreatments hinaus die Maßnahmen aufrechtzuerhalten.

Besonderheit des Projekts

Als Ansatz in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist zum einen das Hometreatment, also die Versorgung im häuslichen Rahmen, und zum anderen das zeit- und personalintensive Vorgehen ein relatives Novum. Dies gilt selbstverständlich nur im Vergleich mit klassischen ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen. In der Jugendhilfe gibt es ähnlich zeitintensive Maßnahmen, die dort eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Eine Übertragung in den Versorgungsrahmen von Jugendhilfemaßnahmen ist grundsätzlich sehr gut vorstellbar. Die Veröffentlichung des Behandlungsmanuals ist geplant.

Dieses Manual bietet eine klar strukturierte und zeitlich begrenzte Interventionsform an. Unseren Erfahrungen nach haben sich gerade die zeitliche Begrenzung und der relativ strikte Fokus auf die Erziehungsweisen der Eltern und das problematische Verhalten der Kinder sowie die damit verbundene vorrangige Bearbeitung als besonders hilfreich erwiesen. Den Familien ist von Anfang an bekannt, dass sich unsere Arbeit maximal über fünf bis sechs

Monate erstrecken wird. Sofern andere Problemfelder auftauchen, werden diese nur peripher bearbeitet und es wird primär auf entsprechende Hilfeeingebote verwiesen. Der zeitliche Druck, die intensive Anzahl von Sitzungen und die thematische Konzentration scheinen zwar nicht jeder Problemlage von Familien gerecht werden zu können, sie fördern jedoch rasche Erfolge und bringen so mehr Motivation sowohl auf Eltern- als auch auf Kinderseite.

Die Erfahrung, in der eigenen Familie Veränderungen bewirken zu können, schafft möglicherweise eine Basis, um bei Bedarf weitere Problemlagen effektiver anzugehen. Übertragen auf Jugendhilfemaßnahmen könnte dies bedeuten, dass sie mit einer zeitlich und thematisch begrenzten Vorgehensweise beginnen und bei Bedarf andere Interventionen folgen sollten. Auf diese Weise könnte die Familie außerdem bei den bisher erlernten Problemlösungsstrategien weiter unterstützt werden.

Die Kosten für das Projekt werden von dem Verein für Sicherheit in Mannheim, der Robert-Bosch-Stiftung, der Stadt Mannheim, der Landesstiftung Baden-Württemberg und der Heinrich-Vetter-Stiftung getragen. Das Projekt Zappelphilipp wurde mit dem ADHS-Förderpreis 2006 der Firma UCB ausgezeichnet. Der Preis in Höhe von 10 000 Euro ist zur Förderung neuer Therapieansätze ausgeschrieben, um die Behandlung von ADHS-Betroffenen sowohl im Kindes- und Jugend- als auch im Erwachsenenalter zu verbessern.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln 2003

Döpfner, Manfred; Lehmkuhl, Gerd: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51/2002, S. 419-440

Döpfner, Manfred u. a.: Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 1. Göttingen 2000

Döpfner, Manfred u. a.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Weinheim 2002

Döpfner, Manfred u. a.: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Band 1 der Reihe Kinder-Diagnostik-System (KIDS). Hrsg. der Reihe: Döpfner, M.; Steinhausen, H.-C. Göttingen 2006

Huss, Michael; Lehmkuhl, Gerd: Methylphenidate and substance abuse. A review of pharmacology, animal, and clinical studies. In: Journal of Attention Disorders 6/2002 Suppl. 1, S. 65-71

Lavigne, John V. u. a.: Oppositional Defiant Disorder With Onset in Preschool Years: Longitudinal Stability and Pathways to Other Disorders. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40:12/2001, S. 1393-1400

Markie-Dadds, Carol u. a.: Das Triple P-Elternarbeitsbuch. Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen. Pag Institut für Psychologie 2003

Remschmidt, Helmut u. a. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern 2001

Saß, Henning u. a.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Göttingen 1996