

Kampfkunst und/bei AD(H)S? Einblicke & Orientierungsversuche

(Alexander Ewald¹; Stand: 09. März 2025)

In Dankbarkeit an

a) die Ex-In-Ausbildungskolleg_Innen für Ich/Wir-Wissen und persönliche Begegnungen zu AD(H)S & Neurodiversität
b) Dr. Till Thimme & Gabo Weis in freund(schaft)licher Kollegialität



(Kampf-)Sport trainiert Selbstregulationskompetenzen (Zeichnung: V. Konstantinov) (Quelle: Gawrilow, 2023: 148)

Zusammenfassung & Summary

Dieser Text soll eine erste Orientierung zu >Kampfkunst und/bei AD(H)S< geben. Dazu wird zunächst AD(H)S aus verschiedenen Perspektiven – als (k)eine Störung/Erkrankung/(de-)pathologisch oder als Neurodivergenz – betrachtet. Abschließend werden einige pädagogisch-therapeutische (Literatur-)Arbeiten zu Kampfkunst mit/bei AD(H)S betrachtet. This text will provide an initial orientation on >martial arts and/or AD(H)D<. As a first step, AD(H)D is considered from various perspectives – as a (non-)disorder/disease/(de)pathological or a neurodivergence. Finally, some therapeutic-pedagogical work found in the literature with a focus on martial arts with/for AD(H)D will be presented and analyzed.

„Erez, 9 years old boy, was part of the group together with four other children at outpatient clinics in a mental health hospital. Erez suffered from ADHD and his mood changes rapidly from a pleasant ease to a violent attack and bursts of rage [...]. During the sessions Erez learned to breathe correctly and to hold his body firmly and with less tension [...]. His shots were beautiful and impressive aesthetic, and he became one of the best bow shooters in the group [...]. At the same time, he becomes quieter and more capable of letting go, in addition to his body, the ways of thinking that would disturb him, such as constant preoccupation with others, thoughts of trying to hurt and harm him, and searching for reasons and excuses for his pain and lack of success“ (Weis, 2018: 11).

„Menschen brauchen ein Verstehen ihrer Umwelt und ihrer selbst. Was nun, wenn man zu einer großen, jedoch im Vergleich zur Gesamtheit kleinen Gruppe [...] zählt, die in gewissen Bereichen leicht anders funktioniert als der Durchschnitt? Wie viel wichtiger wird es da, dass man gut versteht, wie man [...] funktioniert – und [...] die Mitmenschen anders ticken. Rund 5 % der Menschen haben [...] ADHS [...]. Nicht alle leiden an ihrer ADHS [...] &] eine ganze Menge leidet weniger an der ADHS [...] als [...] daran, diese nicht zu verstehen und sich [...] zu verstricken [...]. Wenn wir ADHS ausschließlich symptombezogen betrachten, dann ergibt das eine unüberblickbare Vielfalt möglicher, teils katastrophaler Symptome [...]. Die Sicht auf [...] Vorteile bleibt verwehrt [...]. Es geht bei ADHS nicht nur um die Kenntnis von *Symptomen*. Auch nicht nur um die *Funktionsweise* von ADHS. Sondern um deren **Bedeutung** für die Erlebens-, Reaktions- und Handlungsweisen des betreffenden Individuums. Insbesondere um deren *emotionale Bedeutung*“ (vgl. Lachenmeier, 2024: 4, 9).

„**ADHD**: Attention deficit hyperactivity disorder is one of several labels used to describe a collection of characteristics, behaviours, and ‘symptoms’“ (vgl. in: O’Reilly & Lester, 2015: 636; 2016: 691).

¹ 1) Angehender Genesungsbegleiter (EX-IN, Psychiatrie) sowie budobasierter Achtsamkeitstrainer (Integrative Therapie).
2) Der (sparsam *layoutete*) Text wurde ohne KI als *research paper by* „an inquisitive mind and [...] lifelong learner“ (vgl. Sperry, 2016: xxxix) verfasst und ist ein nach ersten Durchquerungen und Umkreisungen zustande gekommener, auf den Schultern/Vorarbeiten anderer stehender Transgressions-Positions-Weg-Text (vgl. Petzold et al. 2019). Der Text kommt aus bzw. ist für (Links wurden bei Abfassung geprüft & nur wissenschaftlich-inhaltlich unter Haftungsausschluss gesetzt)
a) dem/den Kurs Köln 15 der Qualifizierungsmaßnahme zum EX-IN Genesungsbegleiter von [LebensART \(Münster\)](#),
b) der/die [Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit](#) & das [Institut für Budotherapie \(Hannover\)](#) +
c) dem/das [Deutschen Kampfsportmuseum e.V. \(KSM\)](#) (Bielefeld, Deutschland) – Abteilung [KuB-Anthologie](#).

I) AD(H)S – Streifzüge bzgl. Störung/Neurodivergenz

AD(H)S = Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung² als externalisierende Störung ist in den gesundheitssystemverschränkten Diagnosemanualen *DSM (APA)* und *ICD (WHO)* seit DSM-III/ICD-8 mit (diversen) Diagnosen/Einordnungen vertreten (vgl. weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: xviiiff., 3ff., 19ff., 79ff.; Bilstein & Ecarius, 2009: 160f., 174ff.; Feinstein, 2006: 1ff., 81ff., 145f.; Frölich et al., 2021: 9ff.; Gawrilow, 2023: 23f.; Geddes et al., 2020: 51ff., 299ff.; Hölter, 2011: 454ff.; Hölzer & Berger, 2024: 35ff.; Köhler, 2019: 285ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 18ff.; O'Reilly & Lester, 2015: 117ff., 139ff., 158; 2016: 5ff., 118ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 14ff., 50ff.; Perrez & Baumann, 2011: 109ff., 1048ff.; Schmechel et al., 2015: 5ff.; Schmidt, 2019: 5ff., 173ff., 191ff., 197ff.; Sperry, 2016: xliff., 56f., 100ff., 339ff., 600f., 747f.; 2022: 30f., 138ff.; Steinberg et al., 2013: 113f., 148ff.; Steinhausen et al., 2024: 13ff., 21ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 51ff., 253ff.; Tebartz van Elst, 2018: 39ff., 132ff.; et al., 2024: 47ff., 289ff.; Thimme et al., 2021: 52ff., 163ff., bes. 169ff.; Watson & Vehmas, 2020: 269).³ ADHS – Symptome & Persönlichkeit sind verwoben – entwickelt sich im Kindesalter und kann – mit anderem Erscheinungsbild & als lebenslange Störung – auch im Erwachsenenalter bestehen bleiben (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 29, 92ff.;⁴ Hölzel & Berger, 2024: 71f.; Köhler, 2019: 301f.; Matson, 2023: 1ff., 17ff., 77ff., 97ff., 139ff., 161ff., 495ff., 517ff., 631; Ohlmeier & Roy, 2021: 103f.; Sperry, 2016: 100ff.; s.(a).a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 19ff., 110f., 225; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 209; O'Reilly & Lester, 2015: 139ff., bes. 144ff.; 2016: 117ff.; Perrez & Baumann, 2011: 1050, 1065; Ruhmland & Christiansen 2022; Schmidt, 2019: 133ff., 165ff.; Steinhausen et al., 2024: 13ff., 31ff., 187ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff.).⁵

² „Bis 1987 diagnostizierte man das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) entweder mit oder ohne Hyperaktivität. Ende der 1980er Jahre benannte man die Variante mit Hyperaktivität zunächst in ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) um und später verwendete man ADHS als Oberbegriff. Seit den frühen 90er Jahren umfasste die Diagnose drei Unterformen: Kinder, die nur die Unaufmerksamkeitssymptome aufwiesen, wurden als unaufmerksamer Typ bezeichnet; Kinder, die nur hyperaktiv und impulsiv waren, gehörten zum hyperaktiven/impulsiven Typ; Kinder, die alle drei Symptome aufwiesen, wurden als kombinierter Typ bezeichnet“ (Zimpel, 2024: 26; s.a. Neuhaus, 2020: 44ff.).

³ Klassifikation, Ätiologie & Diagnostik sind grundsätzliche Kategorien (vgl. Perrez & Baumann (2011: 54ff., 128ff., 173ff.).

⁴ „Eine Erstmanifestation der ADHS im Erwachsenenalter ist nicht möglich. Dies erschwert die Erstdiagnose, da retrospektive Angaben der Betroffenen unabdingbar sind. Eine Erstdiagnose im Erwachsenenalter gestaltet sich besonders schwierig, da eigentlich retrospektive Befragungen der Betroffenen inklusive ihrer Familien (also Eltern oder andere Bezugspersonen) notwendig sind. Nicht selten wohnen die Bezugspersonen jedoch an entfernten Orten, können sich kaum noch an die Kindheit der / des Betroffenen erinnern, wollen sich nur an positive Aspekte der Vergangenheit erinnern oder sind bereits gestorben. Weiterhin haben sich die Betroffenen im Erwachsenenalter bereits mit der Störung ‚arrangiert‘, können (im positiven Fall) die ADHS durch verschiedene Kontrollmechanismen kompensieren oder sie zeigen (im negativen Fall) vielfältige zusätzliche Symptome (z. B. Depressionen), welche die ADHS überdecken können und somit die Feststellung einer ADHS erschweren [...]. Außerdem verändert sich das Symptombild der ADHS [...] und ist aus diesem Grund für Diagnostiker schwieriger zu erkennen: Nur 30 bis 60 % der betroffenen Erwachsenen zeigen weiterhin eine übermäßige motorische Aktivität. Das markante Merkmal äußerlicher Unruhe wandelt sich bei den meisten Betroffenen im Laufe der Entwicklung zu einer innerlichen Unruhe, die von außen nicht mehr zu beobachten ist [...]. Zudem können Erwachsene mit ADHS Hyperfokussierung zeigen. Dies bedeutet, dass sie sich trotz der ADHS-typischen Unaufmerksamkeit in für sie spannende Tätigkeiten stark konzentriert hineinverfolgen können. Zwar zeigen Kinder und Jugendliche mit ADHS möglicherweise auch Hyperfokussierung in Bezug auf das Spielen oder das Lesen; aber dass bei Erwachsenen diese Fähigkeit zumeist im beruflichen Bereich sichtbar wird, legt den Schluss nahe, dass sie eigentlich keine Aufmerksamkeitsdefizite haben können [...]. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und die damit verbundene leichte Ablenkbarkeit bleiben im Gegensatz zur Hyperaktivität im Erwachsenenalter bestehen (persistieren) und führen zu Schwierigkeiten bei Ausbildung und Studium [...]. Störungen, die durch Impulsivität verursacht sind, zeigen sich im Erwachsenenalter hauptsächlich durch ein gesteigertes Redebedürfnis, schnelles Sprechen, Wutausbrüche, häufiger Wechsel von Arbeitsstellen und Partnerschaften. Auch bezüglich des Essverhaltens kann die Impulsivität beobachtet werden [...]. Eine beeinträchtigte Selbstregulation, wie sie bei der ADHS vorliegt, führt bei Erwachsenen oftmals zu Unordnung und Desorganisation in Privatleben und Beruf. Dies hat chaotische Zustände zur Folge, die von Außenstehenden (z. B. Partnern) äußerst negativ bewertet werden. Emotionale Labilität und Stressintoleranz sind weitere Kennzeichen der ADHS im Erwachsenenalter [...]. Bei erwachsenen ADHS-Betroffenen ist weiterhin häufig ein verringerter Selbstwert festzustellen. Das bedeutet, die Betroffenen erwarten nicht, dass sie gute Leistungen überhaupt vollbringen können. Und werden sie für Erfolge gelobt, empfinden sie dies als Missverständnis“ (Gawrilow, 2023: 104ff.; s.(a).a. teilthematisch in/bei: Kemmerich, 2017: 62ff., 269f., 274ff.; Lachenmeier, 2024: 7ff., 125ff.; Schmidt, 2019: 165ff.).

⁵ Rafalovichs (vgl. weiterführend in: O'Reilly & Lester, 2015: xxii, xlvi, 79ff.) Diskursanalyse zu ADHS macht eine medizinische Sicht, eine psychodynamische Perspektive & einen soziologischen Blick aus.

Bei ADHS (mit primär/sekundär, Subtypen⁶, Komorbidität als Thema) werden die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität & Impulsivität angesetzt, wobei deren (Teil-) Vorliegen „situationsübergreifend und beeinträchtigend“ sein muss (vgl. Gawrilow, 2023: 21ff., 31ff.; s.a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 19ff., 110ff., 201ff., 406ff., 443ff.; Hölter, 2011: 467ff.; Hölzel & Berger, 2024: 71f.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 209; Kemmerich, 2017: 19ff., 118ff., 179f.; Matson, 2023: 421ff., 469ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 11ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 50ff.; Perrez & Baumann, 2011: 1050, 1062ff.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 18ff.; Schmidt, 2019: 10ff., 215ff.; Sperry, 2016: 100ff., 252f.; Steinberg et al., 2010: 113; Steinhausen et al., 2024: 13ff., bes. 21ff., 37f., 41, 208ff., 228ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 253ff.; Tebartz van Elst, 2018: 133ff., 140ff.; et al., 2024: 289ff.; Wolters & Fußmann, 2008: 86).⁷

Die Diagnose⁸ bzw. neuropsychologisches *Assessment* – grundsätzlich eine soziale Praxis bzw. ein interaktionaler Prozess und bei AD(H)S >ein langer Weg< bis >unmöglich< – kann dabei nach den Manualen DSM (DSM-IV/DSM-5: Auftreten der Symptome vor dem 12. Lebensjahr) und ICD (ICD-10/ICD-11, Auftreten der Symptome vor dem 6./7. Lebensjahr) erfolgen (vgl. weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 3ff., bes. 8f. & 14f., bes. 19ff.; Boyle 2023; Claussen & Seifritz, 2024: 321ff.; Gawrilow, 2023: 23ff.; Hölzel & Berger, 2024: 68ff., bes. 71; Neuhaus, 2020: 27ff., bes. 34ff., 135ff., 161ff.; O'Reilly & Lester, 2015: 139ff.; 2016: xiiiff., 117ff., 191ff., 227ff.; Schmidt, 2019: 49ff.; Sperry, 2016: 100ff., 267f., 339ff., 757ff.; Steinberg et al., 2010: 113; Tebartz van Elst, 2018: 133ff.; et al., 2024: 58ff., 64ff., 71ff., 289ff.; Watson & Vehmas, 2020: 295ff., bes. 299f.; s.a. Perrez & Baumann, 2011: 1048ff.; Schmechel et al., 2015: 8; Steinhausen et al., 2024: 21ff.) – in der neuen ICD-11 (primär online) mit Kapitel 6 ist ADHS unter dem Code 6A05 Bestandteil der neuen Kategorie der sog. neuromentalen Entwicklungsstörungen (vgl. Hölzel & Berger, 2024: 9f., 15ff., bes. 18ff. mit 26, 51ff., bes. 68ff.; s.a. Ohlmeier & Roy, 2021: 178; Ströhle & Bendau, 2025: 253ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 293).⁹ Relevant sind kategorialen/dimensionale Ansatzfragen:

„Mit dem kategorialen Ansatz wird angenommen, dass die Kernmerkmale Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität aufgrund von Symptomen, Ätiologie oder anderen Merkmalen eine klare Unterscheidung zwischen Individuen mit oder ohne ADHS ermöglichen [...]. In dieser Sichtweite ist ADHS analog zu Krankheiten wie *Masern* oder *Mumps* [...]. Beim *dimensionalen Ansatz* wird das Verhalten als ein Kontinuum von normalen bis abnormen Ausprägungen mit individuellen Unterschieden der Expressivität auf einem Spektrum verstanden [...]. Die Ableitung einer klinischen Störung erfolgt durch die mehr oder weniger willkürliche Festlegung eines Schwellenwertes [...]. Das Konzept von ADHS findet [...] Entsprechungen in Krankheiten wie *Bluthochdruck* oder *Übergewicht*“ (vgl. Steinhausen et al., 2024: 32f.).

⁶ Als Subtypen kennen DSM (5) und ICD (10/11) ein vorwiegend unaufmerksames/unkonzentriertes Erscheinungsbild, eine vorwiegend hyperaktiv-impulsive Variante sowie kombinierte oder Mischformen (vgl. Gawrilow, 2023: 24ff.).

⁷ Dabei sei mit Gawrilow (2023: 22) auf eine inzwischen forschungsmäßig mehr in den Blick genommene >Fluktuation von ADHS-Symptomen im Alltag< hingewiesen, wonach es fehlgeht, „ADHS-Symptome als stabile Personenmerkmale zu betrachten, auf Basis derer eine Unterscheidung zwischen Personen (mit versus ohne ADHS-Diagnose) möglich ist“.

⁸ „First, understanding that the dominant biologically deterministic model of ADHD reflects a social construct rather than a scientific ‘truth’ allows the possibility of ‘deconstructing’ the biological model in order to allow space for alternative perspectives. Deconstructing the medical, bio-deterministic model is a relatively straightforward process. ‘Deconstructed ADHD’ can simply be seen as a diagnosis that describes behaviours, but cannot explain them. Clinically, you may need to explain a ‘truism’ and repeat it whenever it becomes necessary when the young person and/or family you are working with slide back into inferring that ADHD explains any behaviour. Explaining the truism goes something like this: >I would just like to explain something to help you understand why psychiatric diagnoses like ADHD are very different to those that we find in the rest of medicine. As you know there is no particular blood test, brain scan or any other investigation that I can do that will allow me to understand whether there is anything going on in your/your child’s body and brain that can help explain why you/they are sometimes finding it difficult to stay focussed/get into trouble. You see psychiatric diagnoses are basically shorthand descriptions of whatever the presenting behaviours are. Shorthand descriptions can be helpful as some behaviours often go together such as in your/your child’s case where difficulty concentrating often goes together with being hyperactive. This shorthand can be useful to help with communicating and with defining problems for research. What psychiatric diagnoses don’t provide is an explanation of why those behaviours are happening and what might be helpful in terms of treatment, as what might be helpful for one person with a particular diagnosis may not prove to be the case for the next person with the same diagnosis. In other words diagnosis in psychiatry helps us describe a problem but doesn’t help us understand the problem or what treatment might help. That’s a much more individual thing.< Most people seem to understand and accept this sort of explanation and the subsequent implication that a ‘one-size-fits-all’ approach to helping that person is not particularly helpful“ (in: O'Reilly & Lester, 2015: 153f.).

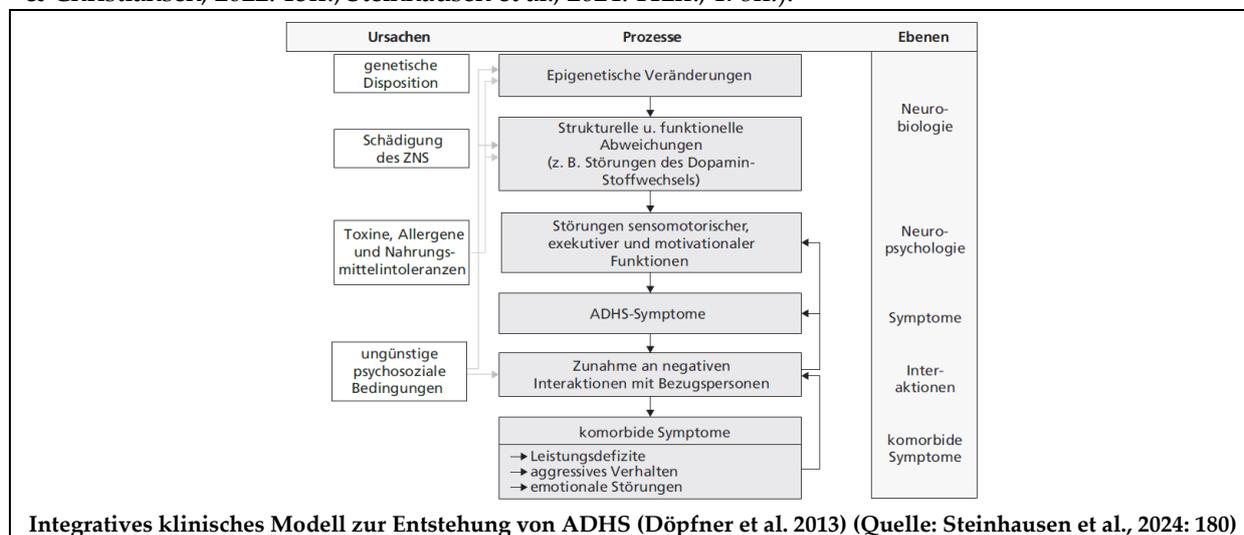
⁹ Hölzel (vgl. in: Hölzel & Berger, 2024: 15ff., bes. 22ff.) begrüßt dabei innovativ für ICD-11 deren Abstreifen der soweit als künstlich anzusehenden Trennung zwischen Kindes- & Jugendalter ggü. dem Erwachsenenalter zugunsten einer Betrachtung von psychischen Erkrankungen/Störungen über die Lebensspanne hinweg.

Diagnostisch sind Fragen nach dem richtigen >Timing< der Diagnostik/Diagnose bzw. Differentialdiagnosen (Komorbiditäten etc.) im Kindes- – angeführt sei die Frage der alterstypischen Entwicklung –, Jugend- oder Erwachsenenalter angezeigt und – da es nicht DIE ADHS-Diagnostik bzw. DAS ADHS-Diagnostikinstrument gibt – sollte auf „multiple Diagnosemethoden“ bzw. Verfahren und Instrumente (Interviews mit Betroffenen, ggf. Eltern, Lehrer etc., Fragebögen, Verhaltensbeobachtungen, Tests) zurückgegriffen werden sollte (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 23ff., 39ff., 117ff.; s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 321ff.; Frölich et al., 2021: 55ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 301ff.; Hölter, 2011: 470f.; Hölzel & Berger, 2024: 72; Kemmerich, 2017: 43ff., 46ff., 62ff., 83ff., 250ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 13ff., bes. 23ff. & 37ff.; Matson 2023; Ohlmeier & Roy, 2021: 61ff.; Perrez & Baumann, 2011: 1054ff., bes. 1056f.; Rohde et al., 2019: 42ff.; Sperry, 2016: 100ff., 267f., 348ff.; 2022: 57ff.; Steinhausen et al., 2024: 21ff., 31ff., 37ff., 72ff., 185ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff.). Epidemiologisch bzw. hinsichtlich Häufigkeit/Prävalenz (s.a. in: Perrez & Baumann, 2011: 149ff., bes. 153) von ADHS (s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 321; Geddes et al., 2020: 318ff.; Neuhaus, 2020: 39ff.; Steinhausen et al., 2024: 37ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 254; Tebartz van Elst et al., 2024: 289; Thimme et al., 2021: 172; Wolters & Fußmann, 2008: 86), z.B. weltweit oder in Deutschland, gab und gibt es (hoffentlich auch zukünftig weiterführende) Studien, die u.a. zeigen, dass ADHS weltweit bzw. soweit in vielen Kulturen auszumachen ist (s.a. teilthematisch weiterführend: Boyle, 2023: 502ff., bes. 507ff.; Matson, 2023: 1ff.; O'Reilly & Lester, 2015: 146ff.; bzgl. transkultureller Faktoren bzw. Anfragen der >Universalität von Krankheitsmodellen< in der Klinischen Psychologie in: Perrez & Baumann, 2011: 326ff.) und dabei die Prävalenzraten beim betrachteten Bevölkerungsteil ungefähr 1-8% betragen, wobei für Deutschland die sog. KiGGs-Studie(n) (Basiserhebung von 2003 bis 2006) des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland relevant waren und eine Prävalenzrate von 4,8% ausmachten (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 46ff.; s.a. Mackowiak & Schramm 2016: 22f.). Insgesamt gesehen ist es bzgl. der Geschlechterunterschiede allgemein wie hinlänglich bekannt, dass Jungen (Männer) häufiger als Mädchen (Frauen) diagnostiziert werden, wobei es wegen allgemeiner psychologischer Geschlechtsunterschiede verschiedene Ausprägungen der Kernsymptome – Aufmerksamkeitsstörungen sind häufiger bei Patientinnen, wohingegen männliche Betroffene mehr Hyperaktivität und Impulsivität zeigen – oder der Komorbiditäten – Jungen zeigen eher externalisierende und Mädchen eher internalisierende komorbide Störungen – gibt und hinsichtlich der Ursachen ist anzumerken, dass wegen der Differenzen bzgl. die Umwelt störenden Symptome die Diagnose bei Mädchen später/anders bedingt gestellt wird und es werden auch biologische Ursachen¹⁰ diskutiert (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 52ff.; Hölter, 2011: 470; Hölzel & Berger, 2024: 72; s.a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 29ff., 239ff., bes. 246f.; Drüe, 2007: 26ff., 56ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 209; Kemmerich, 2017: 87f.; Matson, 2023: 17ff., 471f.; Sperry, 2022: 57f.; Steinberg et al., 2010: 113f.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289; Wolters & Fußmann, 2008: 86f.). Für die Praxis empfiehlt Gawrilow (2023: 55f.) daher eine Anpassung der Diagnostik bzw. der Diagnosekriterien sowie unterschiedliche Interventionen und Therapiemaßnahmen (generell sind Diagnostik und Interventionen herausfordernd – vgl. weiterführend in: Perrez & Baumann, 2011: 68ff., 107ff., 339ff.).¹¹

¹⁰ „Versuche mit Ratten belegen, dass die Dopamin-Rezeptoren-Dichte bei männlichen und weiblichen Versuchstieren unterschiedlich ist. Männliche Tiere zeigen zu Beginn der Pubertät einen mehr als vierfach höheren Anstieg der Dopamin-Rezeptoren-Dichte als weibliche Tiere. Bis zum frühen Erwachsenenalter findet dann eine Angleichung zwischen den Geschlechtern statt [...]. Dies könnte erklären, warum die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen vor allem während der Pubertät stark zutage treten: Gerade in dieser Altersstufe ist die Auffälligkeit und sind die vielfältigen Verhaltens- und schulischen Probleme der Jungs mit ADHS so offensichtlich, dass diese spätestens zu diesem Zeitpunkt Zugang zu Diagnostik und Therapie erhalten“ (Gawrilow, 2023: 54f.).

¹¹ Dabei sollten aber nicht nur negative Lesarten der Symptome unternommen werden, sondern auch Stärken und Ressourcen von Betroffenen in den Blick geraten: So führen diverse Studien für Kinder Aspekte wie einen ausgeprägten Gerechtigkeitsinn, Kreativität, Harmoniebedürfnis, Nicht-nachtragend-Sein an oder nennen Spontaneität, Sinn für Situationskomik, Ideenreichtum und Kreativität, körperliche Fitness und Spaß an Bewegung, ein Gespür für soziale Fairness sowie einen >kratzbürstigen Charme< und erwachsene ADHS-Betroffene seien „besonders für freiberufliche und kreative Tätigkeiten geeignet“ (vgl. Gawrilow, 2023: 23, 106; s.(a).a. zu ADHS/Kreativität/Intelligenz/Hochbegabung etc.: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 375ff., bes. 377; Feinstein, 2006: 158ff.; Kemmerich, 2017: 59f., 62ff., 110ff.; Neuhaus, 2020: 43ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 60f., 104f., 147ff.; Rohde et al., 2019: 26f.; Schmidt, 2019: 94ff. & 99).

Hinsichtlich der Ursachen – oder vlt. Gründe (vgl. insp. in: O’Reilly & Lester, 2015: 148ff., bes. 154) – und der Entwicklung von ADHS (s.a. Tebartz van Elst, 2018: 145ff.) stellt Gawrilow (2023: 59ff.) heraus, dass es „keinen singulären Verursachungsfaktor der ADHS“ gibt und bringt stattdessen ein multifaktorielles Bedingungsgefüge von biologischen¹², wozu bspw. genetische Veranlagung oder ein gestörter Neurotransmitterstoffwechsel gehören können, und psychosozialen Faktoren ins Spiel, wobei sich aktuelle Ätiologie-Modelle bspw. auf den „Konsens, dass es sich bei ADHS weniger um eine Aufmerksamkeitsproblematik im engeren Sinne als vielmehr um eine Störung der selbstregulativen Fähigkeiten handelt“ beziehen (s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 321; Feinstein, 2006: 1ff., 204ff.; Frölich et al., 2021: 33ff.; Hölter, 2011: 470; Kemmerich, 2017: 19ff., 74ff., 95ff., 138ff., 184ff., 220f., 261, 277f.; Köhler, 2019: 13ff., 301ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 27ff.; Matson, 2023: 469ff.; Perrez & Baumann, 2011: 171ff., mit 173ff. & 188ff. & 214ff., bes. 221ff., 240ff.; Rohde et al., 2019: 1ff., 8ff.; Sperry, 2022: 57f.; Steinhausen et al., 2024: 51ff., 115ff., 135ff., 167ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 294f.; Thimme et al., 2021: 172ff.). Barkley (s.a. Schmidt, 2019: 41, 46, 58, 253f., 273ff., 317f.; Steinhausen et al., 2024: 110ff.) legte bspw. 1997 ein neuropsychologisches Modell vor, wonach „eine Störung der vom präfrontalen Cortex gesteuerten Inhibition zu sekundären Defiziten in den vier exekutiven Funktionsbereichen (1) Arbeitsgedächtnis, (2) Selbstregulation von Affekt, Motivation und Erregung, (3) Internalisierung von Sprache sowie (4) Rekonstitution (Wiederherstellung, d. h. Analyse von Informationen und Verhalten und anschließende Synthese)“ führt, was wiederum die Handlungsplanung & -kontrolle erschwere. Sonuga-Barke war an mehreren Modellen beteiligt¹³ und brachte 2002 bzgl. des ADHS-Mischtypus‘ (s)ein *Dual-Pathway-Modell* mit >ADHS als Störung der Regulation von Gedanken und Handlungen< sowie >ADHS als motivationaler Stil mit erworbenen kognitiven Charakteristika< ein und wirkte in/ab 2008 mit Döpfner & Banaschewski an einem integrativ-biopsychosozialen Modell mit, „das neben den Defiziten in exekutiven Funktionen weitere neuropsychologische, aber auch psychosoziale Faktoren bei der Störungsentstehung berücksichtigt“ und später von Döpfner et al. wie folgt dargelegt wurde (vgl. Gawrilow, 2023: 61ff.; s.a. thematisch weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 22ff.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 13ff.; Steinhausen et al., 2024: 112ff., 178ff.):



¹² „In der Literatur besteht Konsens darüber, dass ADHS eine erbliche Störung ist. Belege für die These des primären Einflusses genetischer Faktoren bei der Ausbildung der ADHS gibt es vielfältige“ – so Gawrilow (2023: 66ff.; s.(a).a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 26ff., 105ff., bes. 110f., 125ff., 149ff., 170ff., bes. 174ff. mit 178f., 201ff., 220ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 327ff.; Kemmerich, 2017: 55f.; Neuhaus, 2020: 41f.; Rohde et al., 2019: 1ff., 8ff., 13ff.; Schmidt, 2019: 61ff., bes. 77ff. mit 80ff. & 87ff.; Sperry, 2016: 100ff., 749f.) zu Beginn eines Unterkapitels, wo sie Zwillingsforschung, molekularbiologische Belege, Ausführungen zu Hirnregionen im präfrontalen Cortex und zum „Einfluss von Gen x Umwelt-Interaktionen auf ADHS“ vorstellt.

¹³ Darüber hinaus wies er 2011 „auf verschiedene Möglichkeiten der Verursachung der ADHS durch eine Störung der Verstärkungs- und Belohnungsfähigkeiten hin“ und plädierte für genauere Untersuchungen von Defiziten ggü. äußeren Verstärkungen, eine „mangelnde Fähigkeit, zu erlernen, auf welche Hinweisreize welche Reaktionen mit welchem Ergebnis erfolgen“ sowie Defizite bei der intrinsischen Motivation, der Entscheidungsfindung über unterschiedliche Belohnungsalternativen, Ungleichgewichte bzgl. Bestrafungen/Belohnungen und abweichende Verstärkerhierarchie bei Kindern mit und ohne ADHS (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 64ff.).

Dieses Modell – bzw. genauer: sein Vorläufer von 2008 – hebt sich bspw. von (zu) engen früheren Forschungsarbeiten zur Verursachung von ADHS ab, die bspw. davon ausgingen, „dass ein ungünstiges soziales Milieu ein verursachender Faktor sein könnte. Solche psychosozialen Faktoren werden heute nicht mehr als alleinige Ursache der ADHS diskutiert“ – so Gawrilow (2023: 68ff.) zu Beginn ihres Unterkapitels über psychosoziale Faktoren, dem ein weiteres Teilkapitel mit Erwägungen zu Umwelteinflüssen und ADHS folgt (s.a. in: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 19ff., 265ff.; Matson, 2023: 209ff.),¹⁴ wo bspw. korrelative Zusammenhänge in den Blick geraten, was bspw. Tabak- oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft durch die Mutter des (späteren) ADHS-Kindes (vlt. auch zum *Fetal Alcohol Syndrome* führend? – s.a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 27f., 416ff.; Feinstein, 2006: 221ff., 262ff., bes. 265f., 393f.; Sperry, 2016: 464f., 594f.; 2022: 136ff.; Steinhausen et al., 2024: 159ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 254; Tebart van Elst et al., 2024: 1112) oder ein niedriges Geburtsgewicht dessen betrifft oder wo der niedrige sozioökonomische Status oder auch Ernährungsweisen bzw. *Nutrition* (s.a. allgemeiner in: Feinstein, 2006: 340ff.) diskutiert werden (s.a. Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 209, 214; Steinhausen et al., 2024: 156ff., 167ff.; Sperry, 2016: 100ff., 766f.):¹⁵

„Es ist eher unwahrscheinlich, dass Einflüsse aus der Umwelt ADHS verursachen. Die einflussreichsten Verursacher, die in aktuellen Modellen der ADHS beschrieben werden, werden im Bereich der kognitiven und neurokognitiven Variablen vermutet. Umwelteinflüsse (wie z. B. das Erziehungsverhalten) können diese Variablen wiederum beeinflussen. Dies bedeutet, dass ADHS primär die Folge bestimmter kognitiver und neurokognitiver Defizite ist – auf die Ausprägung dieser Defizite hat die Umwelt jedoch durchaus Einfluss“ (Gawrilow, 2023: 70).

Von Relevanz sind Ansätze, die ADHS weniger als Problem der Aufmerksamkeit i.e.S.,¹⁶ sondern als Störung der Selbstregulation¹⁷ (exekutive Funktionen & Selbstregulationsfähigkeiten) konzipieren (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 61, 72ff.; s.(a.)a. weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 19ff., 90ff., bes. 94, 184ff.; Feinstein, 2006: 1ff., 91ff., 144ff., 256ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 335ff.; Neuhaus, 2020: 53ff., 68ff.; Schmidt, 2019: 109ff.):¹⁸

¹⁴ Wenigstens erwähnt sei an dieser Stelle ein kurzer Einschub, den Gawrilow (2023: 69) zum Thema >Evolutionarypsychologische Theorien zur ADHS< (s.a. thematisch in/bei: Kemmerich, 2017: 57, 128f.; Sperry, 2016: 420f.) vornimmt und dabei auf die kontrovers diskutierten – nicht belegbaren (vgl. Schmidt, 2019: 9) – Arbeiten von T. Hartmann zu sprechen kommt, der über ADHS-Betroffene als >Jäger< und Nicht-ADHS-Betroffene als >Bauern< – mit steinzeitlichen gen. Faktoren und deren Fähigkeiten für das Überleben wichtig waren – nachsinn und dabei einen positiven Blick auf ADHS mit Wesensmerkmalen statt Störungsmerkmalen unternimmt, was sich bspw. in oder mit leichter Ablenkbarkeit = Überwachung der Umgebung; Handeln, ohne die Konsequenzen zu bedenken = Bereitschaft und Fähigkeit, Risiken und Gefahren auf sich zu nehmen oder Probleme, die Anweisungen anderer zu befolgen = Unabhängigkeit zeigt.

¹⁵ An dieser Stelle nur erwähnt sind Fragen, die aus dem Feld der Neuropsychologischen Rehabilitation kommen, wo Folgeauftretenskorrelationen mit ADHS bspw. nach Schlaganfall oder der Duchenne *muscular dystrophy* (DMD) bekannt sind (vgl. weiterführend in: Wilson et al., 2017: 113ff.).

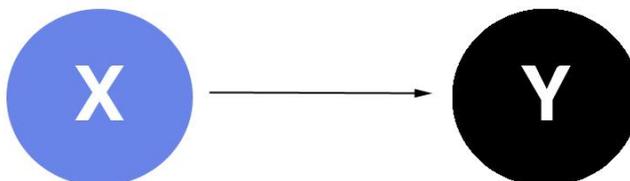
¹⁶ Aber „the impairment and rehabilitation of attention in children“ ist wichtig, wobei >Attention difficulties< bspw. bei Kindern mit ADHS/Autismus als verhaltensbezogene >network disorders< im Blick sind und „process- and strategy-based interventions for attention“ angewendet werden (vgl. weiterführend in: Wilson et al., 2017: 172ff., bes. 179ff.).

¹⁷ „Selbstregulation umschreibt die Fähigkeit, die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen kontrollieren zu können. Forschung zur Thematik Selbstkontrolle und Selbstregulation beschäftigt sich mit der Frage, wie es uns gelingt, tagtäglich unsere langfristigen Ziele zu verfolgen (z. B. sich gesünder zu ernähren, eine gute Note in Mathe zu erlangen) und uns auf Handlungen zu konzentrieren, die uns zu diesen Zielen bringen (z. B. nachmittags einen Obstsalat essen, jeden Tag eine Stunde Matheaufgaben üben) – ohne dass uns verlockende Alternativen bzw. Versuchungen von diesem Weg abbringen (z. B. die leckere Schokoladentorte in der Cafeteria, das Computerspiel mit dem Freund)?“ (Gawrilow, 2023: 72). Gut zehn Seiten später widmet sich Gawrilow (2023: 83ff.) sog. >Wenn-Dann-Plänen< als besonders nützliche Art von Plänen – die generell bei Selbstregulation hilfreich sind – zu, wobei >Wenn-Dann-Pläne< von bloßen Zielintentionen („Ich möchte Z erreichen“ und die Wirkweise wird durch den Grad der Zielverpflichtung erreicht) zu unterscheiden sind. In Studien vermochten ADHS-Kinder über >Wenn-Dann-Pläne< „ihre Inhibitionsleistung dem Niveau der Kinder ohne ADHS angleichen“ bzw. waren erfolgreicher als über bloße Zielintentionen, was den vermutlich durch Impulsivität schwerfallenden Belohnungsaufschub angeht, konnten Aufgabenwechsel besser durchführen und zeigten bessere Leistungen bei der Unterdrückung ablenkender Reize bzw. des Arbeitsgedächtnisses. „Weitere Studien prüfen die Anwendbarkeit dieser Pläne auf den Alltag von Kindern mit ADHS: Generalisierbarkeit und Transfer der Effekte stehen dabei im Vordergrund“ – so Gawrilow (2023: 91) zum Kapitelende mit Querverweis auf Kapitel 12, wo Psychologische und medizinische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit ADHS“ behandelt werden (vgl. Gawrilow, 2023: 126ff.).

¹⁸ S.a. zu Aufmerksamkeit, Lernen & Gedächtnis, Handlungsplanung & exekutive Funktionen als möglicherweise gestörte neuropsychologische Funktionsbereiche: Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 148ff., 162ff., 180ff.)

„Exekutive Funktionen beschreiben zum Beispiel die Fähigkeit zum planenden, bewussten und vorausschauenden Handeln – also Fähigkeiten des Frontalhirns. Diese können zum Beispiel unterteilt werden in die Funktionen Inhibition, flexibles Aufgabenwechseln (*Shifting*) und Arbeitsgedächtnis (*Updating*). Aktuell gibt es eine Debatte über die Frage, ob exekutive Funktionen generelle Fähigkeiten sind oder in Sub-Funktionen gegliedert werden sollten. Die letztere Annahme – Einteilung exekutiver Funktionen in die untergeordneten Funktionen Inhibition, Shifting und Updating – wurde von Miyake und Kollegen (2000) entwickelt und erfuhr vielfachen empirischen Zuspruch“ (vgl. Gawrilow, 2023: 76).¹⁹

Was >Exekutive Funktionen in der ADHS-Forschung< betrifft (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 77ff.; s.a. Boyle, 2023: 179ff., 368ff., bes. 377f., 435ff., 532ff.; Fung, 2021: 267ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 143ff.; Rohde et al., 2019: 23ff.; Sperry, 2016: 423f.; 2022: 168ff.; Steinhausen et al., 2024: 116ff.; Thimme et al., 2023: 20f.; Wilson et al., 2017: 207ff., bes. 213ff.)²⁰ zeigt(e) sich in Studien, dass Kindern mit ADHS Inhibitionsleistungen in verschiedenen Formen schwerfallen, sie – vor allem im jüngeren Alter – Probleme mit *Shifting*-Aufgaben haben und hinsichtlich des Arbeitsgedächtnisses gibt es Forschung und es „wird in neueren Arbeiten gefordert, das Auftreten von Arbeitsgedächtnisdefiziten als ein weiteres Kernsymptom neurokognitiver Auffälligkeiten bei der ADHS zu definieren“ (Gawrilow, 2023: 80; s.a. Boyle, 2023: 156f.; Wilson et al., 2017: 186ff., bes. 190ff.). Die Kernsymptome mit ihren Auswüchsen in Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit wurden weiter oben bereits erwähnt und ADHS-Betroffene haben dabei/darüber hinaus mit Schwierigkeiten mit Selbstbewusstsein bzw. in der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle, was sich typischerweise bspw. in einer defizitären Ärgerregulation zeigt und ferner sind Attributionen, d.h. Ursachenzuschreibungen von Ereignissen – external vs. internal, stabil vs. variabel oder global/generell vs. spezifisch sind in psychologischen Forschungen & Ausführungen anzutreffen (s.a. Perrez & Baumann, 2011: 317ff.; Sperry, 2016: 490f.) –, bei ADHS-Kindern, in Form von anderen Ursachenzuschreibungen als Kontroll- oder Vergleichsgruppen, Forschungsthema (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 74ff., 141; Kemmerich, 2017: 180, 227ff., 229ff.; s.a. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 347ff., bes. 349f.):



Kausalattribution - ADHSpedia

Schematische Darstellung eines Kausalschlusses [Quelle: Artikel >Kausalattribution< auf ADHSpedia; Version vom 12. Mai 2013 (05:48) bereitgestellt vom Nutzer Helerior (Abruf: 2025-03-09)]

¹⁹ Im Anschluss stellt Gawrilow (2023: 76f.) die Studie kurz vor und gibt folgende Begriffs- bzw. Konzepterläuterungen: „Inhibition ist die Hemmung bzw. Unterdrückung von Reaktionen. Inhibition wird typischerweise in Go / NoGo Aufgaben gemessen. Bei diesen Aufgaben müssen die Versuchsteilnehmenden auf bestimmte Reize mit einem Tastendruck reagieren (Go-Reize) und auf bestimmte Reize diese Reaktion unterdrücken (NoGo-Reize). Mit Shifting ist das flexible Wechseln zwischen verschiedenen Aufgaben gemeint (also Task Switching oder Shifting auf Englisch). Shifting wird typischerweise in Aufgaben erfasst, in denen zwei Aufgaben alternierend erledigt werden sollen [...]. Mit Updating ist die Aktualisierung von Gedächtnisinhalten im Arbeitsgedächtnis gemeint. Typischerweise wird Updating mit sogenannten Spannaufgaben gemessen [...], wo] eine Liste präsentiert wird, die diese dann reproduzieren sollen“.

²⁰ „Die sogenannten exekutiven Funktionen (z. B. Bereiche der Konzentration, der Wahrnehmung, der Impulssteuerung und Organisationsfunktionen) sind bei ADHS völlig normal vorhanden. Entgegen der Bezeichnung ‚Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung‘ besteht kein Defizit der Aufmerksamkeitsfähigkeit! Aber die Steuerungszentrale, welche diese exekutiven Funktionen ansteuert und dosiert, ist weniger aktiv [...]. Daraus können z. B. Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Wahrnehmungsstörungen, Hypersensibilität, Hyperaktivität, Schusseligkeit, Impulsivität und Organisationsschwierigkeiten resultieren“ (Lachenmeier, 2024: 19).

Zur Entwicklung bzw. dem (klinischen? s.a. weiterführend in: Steinhausen et al., 2024: 187ff.) Verlauf von ADHS über und durch die Lebensspanne skizziert Gawrilow (2023: 92ff.; s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 323ff.; Geddes et al., 2020: 301ff.; Hölter, 2011: 469; Mackowiak & Schramm, 2016: 33ff.; Neuhaus, 2020: 48ff.) sowohl einen „typischen Entwicklungsverlauf der ADHS“ als auch Longitudinalstudien: Der typische Verlauf über den Lebensverlauf von >ADHS-Kindern< weiß etwaig von bereits im Säuglings- & Kleinkindalter vorkommenden Auffälligkeiten – wobei Zusammenhänge zwischen Bindungsstil & externalisierende Verhaltensstörung [Fragen nach Regulationsstörungen (>Schreibbabys< etc.) im Raum stehen – vgl. Kemmerich, 2017: 209ff.; Schmidt, 2019: 105ff.; s.a. Marlock & Weiss, 2006: 785ff.] – zu berichten (s.a. in: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 19ff., 286ff., bes. 297), wobei sich solche Auffälligkeiten über das Vorschulalter und das Schulalter fortsetzen und der Kontext Schule der ist, wo „viele Probleme aus der Sicht der Eltern von ADHS-Kindern erst so richtig los[gehen]“, weshalb bspw. Vorstellungen bei Beratungsstellen oder kinder- & jugendpsychiatrischen Institutionen erfolgen.²¹ Die ADHS-Kinder zeigen, so Gawrilow (2023: 94), bspw. Unruhe und erhöhte Ablenkung im Unterricht, ggf. komorbides aggressives Verhalten und können Ablehnung durch Peers erfahren. Mit Eintritt in die Pubertät geht nach Gawrilow (2023: 94ff.) die Unruhe zurück, aber die Aufmerksamkeitsdefizite bleiben bestehen und die – so schon fordernde, an die spiel- wie entwicklungsbezogene, stör- & schädigungsanfällige Geburt/Kindheit (wo familiär-institutionell (nicht) verbracht?) anschließende in und außerhalb von der Schule sich ereignende, herausfordernde – Zeit der Pubertät/Adoleszenz (auf dem Weg zu Transition/*Emerging Adulthood*) kann – keineswegs exklusiv/ zwingend – von Schwierigkeiten im Schulkontext – Peers, Hausaufgaben, kein Abschluss – sowie von Risikoverhalten, Delinquenz, Aggression, Abhängigkeiten, Essproblematiken, Komorbiditäten – alles ggf. therap. schwierig – geprägt sein (s.a. weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 3ff., bes. 19ff. mit 29f., 38ff., bes. 46ff., 170ff., bes. 174ff., 303ff., 313ff., 323ff., 360ff., 375ff., 461ff., 485ff., bes. 491; Bilstein & Ecarius, 2009: 9, 140ff.; Claussen & Seifritz, 2024: 201ff., 281ff., 321ff., 333ff.; Deimel, 2012: 182ff., 191ff., 200ff., 208ff., 223ff., 237ff.; Deimel & Thimme, 2021: 21ff., bes. 35ff., 55ff., 97ff., 123ff., 187ff., 211ff., 227ff.; Dörner et al., 2019: 135ff., 361ff., 521ff.; Feinstein, 2006: 10ff., 14ff., 18ff., 23ff., 36ff., 81ff., 162ff., 187ff., 192ff., 233ff., 251ff., 290ff., 304ff., 378ff., 386ff., 390ff., 431ff., 434ff., 441ff.; Finley, 2011: 1ff., 3ff., 5ff., 11ff., 52ff.; Geddes et al., 2020: 89ff., 299ff., 475ff., 1043ff., 1179ff., 1413ff., bes. 1418f.; Hölter, 2011: 329ff., 376ff., 466ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 17ff., 32ff., 49f., 279ff., 305ff.; Kemmerich, 2017: 88ff., 97ff., 102ff., 108ff., 131ff., 136ff., bes. 138ff., 151, 198ff., 254ff.; Marlock & Weiss, 2006: 301ff., 741ff., 803ff.; Neuhaus, 2020: 59ff., bes. 72ff., 98ff., bes. 101ff., 107ff., bes. 121ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 58ff., 109ff.; Petzold & Ramin, 1991: 369ff., 406ff.; Schmidt, 2019: 139ff., 203ff., 251ff.; Sperry, 2016: 16ff., 26ff., 42ff., 137ff., 149ff., 177ff., 225ff., 334ff., 346ff., 368ff., 379ff., 402ff., 405ff., 441ff., 476f., 500ff., 538ff., 586ff., 619f., 665ff., 698ff., 760f., 785ff., 811f., 821ff., 842ff., 865ff., 927ff., 982ff., 988ff., 1002ff., 1047ff., 1094ff., 1108ff., 1145f., 1159ff.; 2022: 15ff., 24ff., 54ff., 57ff., 69f., 74ff., 79f., 90ff., 98ff., 105ff., 125ff., 157ff., 173ff., 177ff., 191ff., 198f., 205f., 218ff., 225ff., 252ff., 258ff., 267ff., 272ff., 291ff., 294ff., 296ff., 302f., 332ff., 338ff., 344f., 347ff., 359ff.; Steinberg et al., 2010: 1ff., 113ff., 130ff., 207ff., 459ff.; Steinhausen et al., 2024: 187ff., 481ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 125ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff., 591ff., 635ff., 873ff.; Thimme et al., 2021: 168ff., 191ff., 252ff., 276ff.).²² Langzeitmäßig wurden Übergänge ins Erwachsenenalter untersucht, für frühe Interventionen plädiert (vgl. Gawrilow, 2023: 96ff.; s.a. Perrez & Baumann, 2011: 1061ff.) & gezeigt:

„Mittlerweile existieren einige Längsschnittuntersuchungen zur ADHS, die belegen, dass die ADHS eine schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigung ist und sich nicht ‚einfach auswächst‘. Diese Studien weisen nach, dass ADHS und die begleitenden, typischen Symptome langfristig bei den meisten der mit ADHS diagnostizierten Kinder bis ins Erwachsenenalter vorhanden bleiben“ (Gawrilow, 2023: 98).

²¹ Studien zu Vorboten von (später diagnostiziertem) ADHS/hyperkinetischen Störungen sind selten, aber ergaben sich, so dass „ein geringes Geburtsgewicht, Herkunft der Mutter aus zerrütteten Verhältnissen, frühe Kontaktstörungen der Kinder und Vernachlässigung der Säuglinge durch die Mutter bedeutsame Prädiktoren für spätere hyperkinetische Störungen sind“ und auch Inhibitionsdefizite im Vorschulalter bzw. das „mangelhafte Erlernen grundlegender akademischer Fertigkeiten während der Vorschulphase“ sowie exekutive Funktionsleistungen im Blick sind (vgl. Gawrilow, 2023: 98ff.).

²² Am Beispiel Nikotin sei Komplexität skizziert: Eine Anführung für das verstärkt bei ADHS-Jugendlichen vorkommende Rauchen ist die verminderte Impulskontrolle, aber es gibt Hinweise, dass Nikotin positive Wirkungen für die Dopaminregulation im Frontallappen hat und so Rauchen ein Selbstmedikationsversuch ist (vgl. Gawrilow, 2023: 95, 139; s.a. Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 32ff., 283; Neuhaus, 2020: 125; Rohde et al., 2019: 22f.).

Ein Bereich, in dem sich ADHS häufig zeigt bzw. wo es – bzw. die >Reizfilterschwäche<, selektive Aufmerksamkeit, Lern- & Gedächtnisprozesse, willentliche Anstrengungsaktivierung – Probleme bereitet oder bereiten kann und der bzw. wo es/ADHS teilweise energisch diskutiert wird, war & ist der Bereich der Schule/(Lernen/Hausaufgaben), wo sich vlt. eine Art >pädagogische Normalisierung der ‚selbstständigen Schülerin‘ und die Pathologisierung des ‚Unaufmerksamen‘< konstatieren lässt (vgl. weiterführend: Bilstein & Ecarius, 2009: 9, 159ff.; Bröscher et al., 2022: 5f., 15ff.; Dörner et al., 2019: 170f.; Drüe, 2007: 23f., bes. 230ff.; Gawrilow, 2023: 17ff.; Kemmerich, 2017: 108ff., 154ff., bes. 214ff. & 221ff.; Mackowiak & Schramm 2016; Neuhaus, 2020: 57ff., 59ff., 61ff., 98ff., 116f.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 50ff., bes. 71ff., 88ff., bes. 118ff.; s.a. Steinberg et al., 2010: 113ff., 459ff.):²³ „Kinder mit ADHS-typischem Verhalten haben vor allem in der Schule Probleme“ formuliert Gawrilow (2023: 18) und rekurriert kurz zuvor auf die Schilderungen des englischen Kinderarztes Sir George Frederick Still (1868–1941), der bspw. Anfang des 20. Jahrhunderts einen sechsjährigen Jungen beschrieb, der seine Aufmerksamkeit nicht für längere Zeit fokussieren könne, was sich vor allem in der Schule zeige und Gawrilow (2023: 17f.) – davor noch die *Struwwelpeter*-Geschichten des >Zappelphilipps< oder >Hans Guck-in-die-Luft< sensu Heinrich Hoffmann (1845) AD(H)S-einleitend anführend (s.a. Hölter, 2011: 467f.; Kemmerich, 2017: 21ff., 67, 118ff., 196ff., 272f.; Neuhaus, 2020: 13ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 13f.; Schmidt, 2019: 5ff., bes. 7; Tebartz van Elst et al., 2024: 289; Thimme et al., 2021: 170f.) – sieht eine Konstanz zu aktuellerem ADHS-Vorkommen und kommt zu der Vermutung, „dass es also unaufmerksame, impulsive und wenig selbstregulierte Kinder schon immer gegeben haben muss“ (s.a. in: Steinhausen et al., 2024: 13ff.), bevor sie das Kapitel zur >Geschichte der ADHS< mit Ausführungen zu William James – der Menschen mit mangelnder Impulskontrollfähigkeit²⁴ beschrieb und dies als Persönlichkeitsfaktor ansah, der nicht zwingend negativ sein muss²⁵ – sowie angrenzend John Digmans *Alpha- & Beta-Typ* und der Frage nach ADHS als >Modediagnose< schließt:

„ADHS ist keine Modeerscheinung oder Modediagnose! In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik ADHS spielt die Frage nach dem Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein der ADHS keine Rolle mehr – die Forschung konzentriert sich aktuell vielmehr auf Fragen im Zusammenhang mit ADHS-Ätiologie, -Prävention und -Intervention“ (Gawrilow, 2023: 20; s.a. Drüe, 2007: 45ff.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 9ff., 36ff.; allg. zu Ätiologie/Prävention/Intervention in: Perez & Baumann, 2011: 54ff., 68ff., 171ff., 339ff., 398ff.).

Mit der Richtigkeit/Wahrheit/(In-)Adäquatheit von und Mythen um AD(H)S als >real disorder< bzw. *The (Un-)Real Existence of ADHD*, AD(H)S als >Modediagnose< bzw. als >gesellschaftliches Phänomen</>ein Spiegelbild heutiger Lebens-/Aufwuchsbedingungen< oder was >AD(H)S alles (nicht) ist< bzw. was >alles (nicht) klappt/hilft/getan werden sollte< [(k)eine Gabe von Medikamenten, Frage nach psychosozialen Problemlagen] sowie nach gestört-belastenden und positiven Phänomenen ist es komplex-kompliziert und voller Diskussionen – und letztlich geht es um Menschen (mit Lebensläufen & Behandlungsverläufen) (vgl. insp. & weiterführend: Beauchaine & Hinshaw, 2016: xviiif., 19ff., bes. 30f.; Bröscher et al., 2022: 15ff.; Dörner et al., 2019: 170f.; Drüe, 2007: 15ff., 45ff., 213ff.; Honkasilta & Koutsoklenis 2022; Neuhaus, 2020: 7ff., bes. 13ff., 105f., 130ff., 168ff., 188ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 153ff., 181ff.; Rohde et al., 2019: 110ff.; Schmidt, 2019: 237ff.; Sjöberg & Dahlbeck 2017; Ströhle & Bendau, 2025: 257f.; Thimme et al., 2021: 168f.; Trait 2005; Wolters & Fußmann, 2008: 84ff.):

²³ Horton-Salvay & Davies unternehmen >Moral Evaluations in Repertoires of ADHD< (vgl. weiterführend in: O'Reilly & Lester, 2015: xxiv, 158ff.), wobei in Medien und bei Eltern von Kindern mit ADHS biologische und psychosoziale Erklärungen herangezogen werden – und betroffene Familien, Kinder, Eltern stehen oft im urteilenden/verurteilenden/vorurteilenden Blickfeld von anderen Menschen in Öffentlichkeit und Fachpersonen und diese bzw. insbesondere Eltern können unterschiedlich auf ein >disabled child< bzw. ein Kind mit AD(H)S reagieren (vgl. in/bei: Cureton & Wasserman, 2020: 767f. & 775; Drüe 2007). Kiyimba & O'Reilly (vgl. weiterführend in: O'Reilly & Lester, 2015: xxxii, 559ff., bes. 563) thematisieren >Parents' Resistance of Anticipated Blame through Alignment Strategies: A Discursive Argument for Temporary Exclusion of Children from Family Therapy< und berichten von einer Familie mit einem Kind mit >Verdacht auf ADHS<.

²⁴ „The ability to successfully initiate action *and* inhibit responses in an appropriate manner is essential when navigating everyday life. Several neuropsychiatric disorders are characterized by lack of impulse control, including attention deficit hyperactivity disorder (ADHD[...]), bipolar disorder (BD[...]), substance use disorder (SUD[...]), gambling addiction [...], and borderline personality disorder (BPD[...])“ (in: Boyle, 2023: 227).

²⁵ „Positiv formuliert interpretierte er die Reaktions-Schnelligkeit der Betroffenen als Schlagfertigkeit und war außerdem der Ansicht, dass viele revolutionäre Charaktere der Geschichte diesem Typus angehörten“ (Gawrilow, 2023: 19).

„ADHS war um das Jahr 2010 herum eine Mode-Diagnose, die bei 3 % bis zu 10 % der Schulkinder gestellt wurde. Inzwischen hat die Häufigkeit dieser Diagnose bei Kindern ab-, bei Erwachsenen aber zugenommen [...]. Für jeden Menschen gibt es einen inneren Erregungszustand (*Arousal*), den wir als angenehm empfinden. Für den einen ist der optimale Zustand beim Sehen eines Tierfilms über Kaninchen erreicht, für den anderen erst bei einer Achterbahnfahrt. Hyperaktive Kinder haben stets ein zu geringes Arousal, das sie mit ständig neuer Stimulation anzuheben versuchen. Sport und viel körperliche Bewegung haben daher [...] positiven Einfluss; manchen Betroffenen hilft ein Schluck Kaffee am Morgen. Stimulanzen heben dieses innere Erregungsniveau pharmakologisch an; benutzt wird meist Methylphenidat (z. B. Ritalin). Nachdem eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen festgestellt wurde (Schlafstörungen, Appetitverlust, höheres Risiko für Psychosen), wird dieses Medikament zunehmend kritischer diskutiert (Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 209, 214).

So äußert sich bspw. der Biochemiker & Facharzt für Innere Medizin Peter Götzsche (vgl. weiterführend: 2016: 141ff., 287ff., 381), der 2010 von der Universität Kopenhagen zum Professor für Forschungsdesign & Forschungsanalyse berufen wurde und 2014 mit einem (Zeitungs-) Artikel „über zehn Legenden in der Psychiatrie“ auffiel und (politisch-persönliche, ausufernde) Debatten & mehr anstieß, kritisch zu ADHS bei Kindern und Erwachsenen: So findet er Ausführungen auf einer Konsensuskonferenz Ende der 1990er Jahre in den USA mehr als ungenügend, hält die obigen Kernsymptome – selbst, wenn sie ausgeprägter seien, häufiger auftreten oder länger anhalten würden – für >armselig<, da Kinder, die bspw. begabt seien und sich langweilen würden oder daheim emotionale Probleme hätten oder zu wenig Aufmerksamkeit/Zuwendung bekämen, „normale Varianten eines normalen Verhaltens“ zeigen und er weist studiengestützt ADHS als Gehirnstörung/-krankheit zurück und sieht ADHS als bloßen „Name[n] für eine Anhäufung von Symptomen“ bzw. >falsche Epidemie< (vgl. Götzsche, 2016: 141ff.). Die Diagnose basiere v.a. auf Klagen von Lehrern (s.a. Huisken, 2016: 385f.; zur Thematik des >Teacher Knowledge of ADHD in Children< in: Matson, 2023: 183ff.) und durch Medikamente werden die Gehirne – sich entwickelnd, neuroplastisch veränderbar, mit Nervenzellen, Neurotransmittern und Neuromodulatoren und in körperliche Nervensysteme eingebunden (vgl. weiterführend in/bei: Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 17ff., 207ff.) – von Kindern statt die Umwelt verändert – so Götzsche (2016: 143, 240ff.), der studienbezogen die „Vorstellung, dass ADHS von einem Defizit des dopaminergen Systems verursacht wird, das hauptsächlich genetische Ursachen hat“ als >unbegründet< zurückweist,²⁶ wobei er Anpassungen als pseudowissenschaftliche Selbstimmunisierung anfragt und ADHS nicht als Krankheit sieht, sondern als „Bestätigung dafür, dass manche Kinder aktiver und irritierender sind als andere“ (s.a. thematisch: Beauchaine & Hinshaw, 2016: 90ff., bes. 93ff., 149ff., 184ff., 286ff., bes. 297ff., 485ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 309ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 32ff.; Kemmerich, 2017: 20f., 51ff., 184ff.; Neuhaus, 2020: 57f.; Ohlmeier & Roy, 2021: 18f., 24ff.; Schmidt, 2019: 41ff., 62ff., bes. 70ff., 139ff.; Rohde et al., 2019: 1ff., 17ff.; Sperry, 2016: 100ff., 160ff., 364f.; Steinhausen et al., 2024: 92ff., 135ff., bes. 140ff., 376ff.; Tebartz van Elst, 2018: 145ff.)²⁷ Ebenfalls kritisch – nicht nur ggü. ADHS mit Fragen der Disziplin und chemische Dopaminhaushaltsveränderungen in der Unfähigkeit, Interesse zustande zu bringen, weswegen er zu guter Letzt von einer >Phantomkinderkrankheit< spricht – sondern zusätzlich ggü. bürgerlich-kapitalistisch durchzogener Pädagogik, Lernziele & -inhalte (wie bspw. Erziehung zur oder Förderung von Resilienz (s.a. zu Resilienz in: Sperry, 2016: 944f.; 2022: 298f.) & Frustrationstoleranz bzw. das Schulfach >Glück<) und Lehranstalten wie (Regel-/Alternativ-)Schulen ist Huisken (2016).

²⁶ „1991 erklärte die Kinderpsychiaterin Florence Levy die Ursachen für ADHS in Besonderheiten der Übertragung des Botenstoffes Dopamin zwischen den Nervenzellen im Stirnhirn (präfrontaler Kortex) und tiefer liegenden Bewegungszentren (Striatum) [11]. Im selben Jahr wuchs der Verdacht, dass die Störung bei Mädchen möglicherweise oft übersehen wird, und die Empfehlung, passendere Tests zu entwickeln, wurde lauter [12]. Bis heute hat sich auf diesem Gebiet leider wenig getan [...]. 2023 wurden an der Universität Aarhus 186 843 Menschen mit ADHS und 38 691 Kontrollpersonen befragt und deren Daten zu über 6 Millionen genetischen Varianten analysiert. Die Studie identifizierte 27 ADHS-Risikoorte mit 76 ADHS-Risikogenen. Zu den Risikoorten zählen auch Orte eines Gens oder einer Mutation auf einem Chromosom. Viele dieser Gene, die ADHS bewirken, beeinflussen auch die frühe embryonale Gehirnentwicklung. Es wird geschätzt, dass bis zu 7300 häufige genetische Varianten ADHS beeinflussen. 84 bis 98 Prozent der häufigen ADHS-Varianten haben auch einen Einfluss auf das Autismus-Spektrum, auf Depression und Schizophrenie. Dies erklärt die hohe Anzahl von Mehrfachdiagnosen bei Personen mit ADHS [19–21]“ (Zimpel, 2024: 27; s.a. weiterführend in: Ohlmeier & Roy, 2021: 17ff., 24ff., bes. 28ff., 61ff., bes. 66ff., 133ff., 171ff.).

²⁷ „Positiv ist hervorzuheben, dass im Rahmen der ADHS- und Aggressionsdiagnostik *situationsbezogene Ansätze* existieren, die auch die Ressourcen eines Kindes erfassen; situationsbezogene Informationen können zudem unmittelbarer in Interventionsstrategien umgesetzt werden“ (vgl. Petermann in: Perez & Baumann, 2011: 1059).

Eine weitere Einordnung von ADHS – neben/(komorbid als ADHS) zusammen mit dem Autismus-Spektrum (u.a. das Asperger-Syndrom könnte in den Blick geraten) und dem Tourette-Syndrom, *Tics*, die bspw. medikamentös behandelt werden (s.a. Bertilsdotter Rosqvist et al., 2020: 1ff., 156ff., bes. 160, 214f., 226f.; Boyle, 2023: 39ff., 384ff.; Claussen & Seifritz, 2024: 315ff.; Cureton & Wasserman, 2020: 780; Deimel & Thimme, 2021: 19ff., 97ff., 123ff., 141ff.; Feinstein, 2006: 1ff., 99ff.; Geddes et al., 2020: 237ff., 299ff.; Hölzel & Berger, 2024: 58ff., 73ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 207ff., bes. 214ff.; Kemmerich, 2017: 36f.; Köhler, 2019: 285ff., 296ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 18ff., bes. 24ff.; Neuhaus, 2020: 115, 127ff.; O'Reilly & Lester, 2015: 441ff., 642; 2016: 105ff., 151ff., 698; Ohlmeier & Roy, 2021: 74f., 133ff.; Perrez & Baumann, 2011: 1048ff., bes. 1050ff. & 1057f., 1061ff., bes. 1070ff.; Rohde et al., 2019: 104ff.; Sperry, 2016: 64ff., 95ff., bes. 100ff., 104ff., 337f., 840ff., 1143ff.; 2022: 33ff., 51ff., 57ff., 59ff., 349ff.; Steinberg et al., 2010: 113ff., 115ff., 136f.; Steinhausen et al., 2024: 376ff., bes. 381ff.; Tebartz van Elst, 2018: 70ff., 147f.; et al., 2024: 249ff., bes. 263ff. & 289ff. & 306ff.; Thimme et al., 2021: 163ff., bes. 168ff. & 336ff.) – unternimmt Zimpel (2024) unter dem Konzept Neurodiversität (s.a. weiterführend: Bertilsdotter Rosqvist & Jackson-Perry, 2024: 3ff., 457; Bertilsdotter Rosqvist et al., 2020: 1ff.; Cureton & Wasserman, 2020: xxxviii, 501ff., 792; Ellis et al., 2025: 36ff., 77f., 143ff.; Lindmeier et al., 2023: 7f., 11ff., 29ff., 46ff., 61ff., 75ff., 89ff., 102ff., 131ff., 143ff.):

„Nach dem Konzept der Neurodiversität weisen Menschen mit ADHS oder Autismus keine Störung oder Behinderung auf,^[28] sondern spiegeln lediglich eine andere Art der Funktionsfähigkeit des Gehirns wider [...]. *Neurodivergenz bezeichnet eine neurologische Entwicklung, die als atypisch angesehen wird [... bzw.] beschreibt die Idee, dass Menschen die Welt um sie herum auf individuelle Weisen erleben [...].* „Personen mit ADHS reagieren oft sehr empfindlich auf monotonen Stress. Unter ihnen gibt es viele Personen, die sich durch großes Interesse an wissenschaftlichen oder fiktionalen Themen auszeichnen. Sie sind immer auf dem Laufenden, was in einem Sektor gerade in und out ist. Die Tendenz zur Langeweile in Bildungseinrichtungen macht es ihnen jedoch aufgrund herabgesetzter Frustrationstoleranz oft schwer, einen anerkannten Abschluss zu erwerben“ (vgl. Zimpel, 2024: 25f.).

Mit diesen Worten eröffnet Zimpel (2024: 25ff.) sein Unterkapitel zu ADHS bei seiner Einordnung unter das Konzept der Neurodiversität, wobei er dafür plädiert, die Stärken von Personen mit ADHS hervorzuheben, wozu bspw. ein „positiver Zusammenhang zwischen ADHS und erfolgreicher unternehmerischer Orientierung“ sowie die Art einer „übersprudelnden Intellektualität“ und die >positive Kehrseite< von Ablenkbarkeit & Flüchtigkeit der Aufmerksamkeit, die sich in Neugier – ggf. gar ein „hohes Maß an Neugier“ – äußern kann, gehören können (vgl. Zimpel, 2024: 27). Zimpel (2024: 28) plädiert für eine Anerkennung der Vielfalt von Menschen, hebt „die individuelle Vernetzung des Gehirns“ – übrigens ein >Sozialorgan< – hervor und sieht Neurodivergenz „überzeugend als Folge biochemischer Effekte, die durch Umwelteinflüsse oder durch eine genetische Komponente ausgelöst werden können“, erklärt. Zimpel (2024: 28) bringt Zwillingstudien und Genanalysen vor (s.a. allgemeiner in: Perrez & Baumann, 2011: 188ff.; Steinhausen et al., 2024: 135ff.) und bedauert es, wenn heutzutage „Merkmale, die zu den Spektren von Autismus, ADHS oder Tourette-Syndrom gehören, fälschlicherweise als Erziehungs- oder Bindungsprobleme“ angesehen werden.

²⁸ An dieser Stelle betreten wir ein – nicht nur, aber eben auch auf *children's mental health/illness* bezogen – (zu) weites (philosophisch-sozialwissenschaftlich-aktivistisch geprägtes) Feld, das sich sprachlich bspw. durch Wendungen und Begriffe wie (verhaltens-/Persönlichkeits)gestört/ver(-/_)/rückt/wahnsinnig/(chronisch) krank/(un-)pathologisch/un-normal/(drohend) behindert/(dis-)ability/disorder/gesund/normal sein oder werden artikulieren ließe (vgl. weiterführend: Becker & Koch 1999; Claussen & Seifritz, 2024: 77ff., 305ff.; Cureton & Wasserman 2020; Deimel, 2012: 57ff., bes. 59ff.; Dörner et al., 2019: 9ff., bes. 19ff., 91ff., 233ff., 425ff.; Ellis et al. 2025; Feinstein, 2006: 169ff.; Geddes et al., 2020: 1ff., bes. 23ff., 205ff., 301ff., 1199ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 95ff., bes. 99, 106ff., bes. 207f.; O'Reilly & Lester, 2015: 96ff., bes. 99ff., mit 105ff., 139ff., 158ff., 214ff., bes. 217ff., 233ff., 480ff.; 2016: 1ff., 82ff., 134ff., 459ff.; Perrez & Baumann, 2011: 32ff.; Schmidt, 2019: 203ff., 267ff.; Sperry, 2016: xxxviiff., bes. xliff., 62f., 208f., 345f., 743f., 801f., 813f., 830ff., 899ff.; 2022: 2f., 156f., 278ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 49ff.; Tebartz van Elst 2018; et al., 2024: 289ff., 735ff.; Thimme et al., 2021: XIff.; Watson & Vehmas, 2020: bes. 14ff., 32ff., 45ff., 55ff., 72ff., bes. 76ff., 89ff., 102ff., 127ff., 145ff., 158ff., 172ff., 189ff., 206ff., 219ff., 235ff., 335ff., 419ff.), wobei eng auf die mitberührten Themen ADHS & Autismus – >Normvariante, Persönlichkeitsstörung oder neuropsychiatrische Krankheit?< und was bedeutet dies (ADHS?) behandlungsmäßig (vgl. insp. & weiterführend: Tebartz van Elst, 2018: 148ff., 163ff.) – bezogen, „the diagnosis and some of the relevant treatment options (in particular the use of medication to subdue behaviour and mood) are highly contentious within disability groups“, wie MacLaughlin in ihrem Kapitel zu >Understanding Disabled Families< zu berichten weiß (vgl. in: Watson & Vehmas, 2020: 479ff., bes. 482).

Zwischenbemerkung: Hier gälte es zu vertiefen: So legt Schmidt (2019) ein >Plädoyer für das Abschaffen von ADHS< vor, womit er keineswegs „übermäßig aktive, unruhige, impulsive und unkonzentrierte Kinder und Erwachsene“ oder Leid/Probleme der betroffenen Menschen und ihrer sozialen Netzwerke (Elternhaus, Schule etc.) in Abrede stellen sondern anfragen will, ob diese „mit der angeblichen Krankheit ADHS richtig verstanden oder, was schlimm wäre, nicht in Wahrheit missverstanden, übersehen und falsch behandelt werden“ und die „die Frage nach der wissenschaftlich belegbaren Existenz einer von anderen Störungen abgrenzbaren und spezifischen Krankheit namens ADHS“ mit/nach „einer genaueren wissenschaftlichen Überprüfung“ abschlägig bescheinigt und ADHS als >Systemstörung< bzw. als Ausdruck „einer zunehmenden Unduldsamkeit für unsere Kinder“ bezeichnet (vgl. Schmidt, 2019: 2, 21, 339f.), wohingegen Kemmerich (2017) sich klar gegen ADHS als „Normvariante menschlichen Verhaltens“, als Erziehungsfehler, als PTBS oder als (aus den USA kommende) >Modeerscheinung< ausspricht und es stattdessen als hirnorganisch verursachtes, durch sorgfältige Untersuchungen nachweisbares psychiatrisches Störungsbild im Kindes-, Jugend- & Erwachsenenalter ansieht, dessen Träger „Schwächen wie Stärken“ aufweisen und das „dem Diskussionsstadium entwachsen ist“ sowie „einen gesicherten Platz in der medizinischen Klassifikation eingenommen hat“ (vgl. Kemmerich, 2017: 6). Eine solche Vertiefung aber würde sowohl Umfang wie Themenrahmen des hiesigen Textes sprengen als auch über die Kompetenzen des Autors hinausgehen und muss daher unterbleiben bzw. kann hier nur benannt werden.

Kehren wir abschließend nochmal zum Thema Schule zurück²⁹ und beziehen uns auf Mai-Anh Boger – ihres Zeichens Diplom-Pädagogin –, die ein >Trilemma der Depathologisierung< herausarbeitet,³⁰ wo es um Widersprüche geht, mit denen sich kritische Bewegungen dann konfrontiert sehen, wollen „sie den herrschaftlichen Diskurs überwinden. Sie liefert dabei ein tieferes Verständnis dafür, wie eine Kritik des pathologisierenden Diskurses aussehen kann, die das reale Leid der Menschen nicht verleugnet oder deren Wunsch nach Teilhabe an einem bürgerlichen Leben rundweg ablehnt“ (vgl. Schmechel et al., 2015: 16, 342). Boger (vgl. Schmechel et al., 2015: 268ff.) kommt dabei zu ADHS:

²⁹ „Der moderne Lehrer, geschult in den neuesten Erkenntnissen der pädagogischen Forschung zum Thema »Disziplin«, weiß, womit er es zu tun hat, wenn Schüler massiv den Unterrichtdurcheinanderbringen, sich als Störenfriede auch noch produzieren oder nur ständig abgelenkt sind: ADS oder gar ADHS lautet die bequeme Diagnose- noch ehe ein geschulter Mediziner einen Blick auf das Kind geworfen hat. Mit diesem Befund, der Aufmerksamkeitsdefizit-Störung, ist nicht etwa gemeint, dass den Kindern in der Schule zu wenig Aufmerksamkeit zuteil wird. Ganz im Gegenteil wird konstatiert, dass diese es an Aufmerksamkeit vor allem in der Schule fehlen lassen, was schon eine merkwürdige Diagnose ist. Denn solchen Kindern fehlt es keineswegs an Aufmerksamkeit. Sie richten diese nur auf etwas anderes, sprich: auf etwas, das ihr Interesse mehr fesselt als die Übungen des pädagogischen Vorturners an der Tafel. Defizitär ist also allein die gewünschte und den Schülern zur Pflicht gemachte Aufmerksamkeit auf Unterricht und Lehrer. Wenn Kinder die verlangten Unterwerfungsleistungen im Unterricht »gehäuft~ nicht bringen, wenn Kinder beim schulischen Lernen »überdurchschnittlich (?)unaufmerksam« sind, dann soll eine Krankheit, nämlich Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorliegen. Umstandslos wird dabei erstens vom fehlenden Willen, sich brav an Schulanforderungen und -regeln anzupassen, auf eine fehlende Fähigkeit zur gewünschten Aufmerksamkeit geschlossen, zweitens ausgeschlossen, dass dies etwas mit den Gegenständen zu tun hat, auf die sie das Augenmerk richten soll, vielmehr drittens eine physiologische Dysfunktion dafür haftbar gemacht. Anders Jassen sieh die entsprechenden ADHS- »Ursachen«-Forschungen wirklich nicht charakterisieren. Dabei soll nicht behauptet werden, dass im Umkreis dieser Phänomene nicht auch Krankheiten auftreten können. Doch legt die fast vollständige Vernachlässigung der Frage, inwieweit die in der Schule auftretenden »Symptome« nicht eventuell ein Produkt der Schule sind,³⁴ zwingend den Verdacht nahe, dass hier der ebenso bequeme wie gemeine Weg beschritten wird, das von der Gesellschaft – in diesem Fall von Schule und Kindermedizin – für abweichend erklärte Verhalten schlichtweg mit defekter Menschennatur zu erklären. So werden für nicht erbrachte Anpassungsleistungen an die wenig kinderfreundlichen Zwecke des hiesigen Bildungssystems Anomalien der Kindsnatur verantwortlich gemacht. Als ob die Biologie des Kindes von Anfang an auf jenes bestimmte Pflichtenkorsett zugeschnitten wäre, welches die aktuelle Unterweisung bestimmt und in der schon das Essen im Unterricht oder ein Klogang, das Aufstehen, Recken oder das Einnehmen einer bequemen Sitzposition zur Disziplinlosigkeit erklärt werden. Dort, wo Glaubenssätze wie »Pflichterfüllung ist das Normale und nur das Normale ist das Gesunde« die wissenschaftliche Gedankenwelt regieren, da werden gehäufte Betätigungen des Kinderwillens, die in der Schule unzulässig sind, schon mal zur Krankheit erklärt“ – so Huisken (2016: 385f.).

³⁰ Boger kommt – nachdem sie sich einleitend/kritisch mit (De-)Pathologisierungsdiskursen beschäftigt hat – zu einer >Theorie der trilemmatischen Inklusion< mit Inklusion als/ist Normalisierung/Dekonstruktion/Empowerment, die nie alle drei gleichzeitig erfüllt sein können (vgl. in: Schmechel et al., 2015: 268ff., bes. 275ff., bes. 286). Daher plädiert sie für „ein hohes Maß an Ambivalenztoleranz“ und betont, „dass es keinerlei Anspruch oder Notwendigkeit gibt, die Wege, die man wählt, beizubehalten oder sich auf einen zu beschränken. So kann es gerade das Beste sein, in der einen Lebensphase normalisierend zu dekonstruieren und in einer anderen empowernd. Diese Wege kreuzen sich vielfach, wechseln sich ab und sind nur situationsabhängig bewertbar“ (vgl. in: Schmechel et al., 2015: 279, 286).

„Gerade im Bereich der Diagnosekritik als Teil der Pathologisierungskritik wird Menschen oft unreflektiert Gewalt angetan. So sagte mir zum Beispiel neulich ein Schüler mit ADS-Diagnose, nachdem in einer großen Zeitschrift die Überschrift >Modediagnose ADS< prangte, er sei >ein Problem unserer Zeit<. Er meine damit, dass er >verstanden< habe, dass er >nur die Symptome einer kranken Gesellschaft äußere<. Dieses Beispiel lehrt uns zweierlei: Erstens, dass die Diagnosekritik sogar in den Köpfen der Kinder angekommen ist. Zweitens, dass die Depathologisierungsgenauo wenig wie die Pathologisierungsdiskurse es vermochten, Lukas mit seinen Problemen ernst zu nehmen. Für die einen ist er krank, hat eine minimale neuronale Dysfunktion, einen Geburtsschaden, ist ein Zappelphilipp oder tickt nicht richtig. Für die anderen ist er ein Kind unserer Zeit, der Untergang des Abendlandes, Symptom des gemeinen Turbokapitalismus oder Opfer einer sonstigen verhassten Ideologie. Von beiden Seiten wird er beschossen, beide Seiten sagen ihm, was er angeblich ist und sein soll: von beiden Seiten wird er – mit Foucault gesprochen – gleichsam subjektiviert, ohne dass ihm eine der beiden bei der Entunterwerfung oder dem Widerstand hilfreich wäre. Dass die eine Seite sich für kritischer hält als die andere, ist nicht mal ein schwacher Trost. Lukas zu erzählen, dass er >ganz normal< sei [...], ist genauso eine Farce. Dennoch enthält jede der Variationen des institutionalisierten Diskurses auch jene produktive Seite der Macht, die Lukas überhaupt erst ermöglicht, zu agieren, sich zu den Verhältnissen zu verhalten“ (in: Schmechel et al., 2015: 271).

Ohne dies – bspw. Neurodiversität/*Neurodiversity (Studies)* (mit Fragen nach neurodivers/neurotypisch/*neurominority* etc.), ADHS respektive *Critical ADHD Studies* bzw. die Frage(n), nach >ADHD, Academics, and Communities: Who Are the “ADHD Experts”?<, nach professioneller bzw. Fremd- und/ggü. Selbsthilfe oder wie partizipatorische und ethisch verantwortungsvolle Forschung in diesen Bereichen aussehen kann etc. – einzuführen oder weiter zu vertiefen oder gar entscheiden zu wollen/können, stellt sich doch die u.a. *teaching assistant* und auf die wie wovon Betroffenen bzw. für neurodivergente Menschen mit bspw. ADHS-Symptomen/Phänomenen/Stärken/*agency* – in Kontexten/Situationen, wie bspw. Schule, Lernen, Freizeit, Familie mit/und der Frage nach >The production of the ‘normal’ child< – relevante Frage (vgl./s.a. insp. & weiterführend: Alix, 2024: 5ff., bes. 10, 22ff., bes. 29f., 42ff., 60ff., bes. 62 & 70ff.; Bertilsdotter Rosqvist & Jackson-Perry, 2024: 3ff., bes. 12ff., 41ff., 183ff., 199ff., 396ff., bes. 399ff.; Bertilsdotter Rosqvist et al., 2020: bes. i & xiv, 1ff., 15ff., 213ff., 226ff., 230f.; Boyle, 2023: 502ff.; Cureton & Wasserman, 2020: 123ff., bes. 133, 501ff.; Feinstein 2006; Fung, 2021: 1ff., 19ff., bes. 109ff.; Kemmerich 2017; Lachenmeier, 2024: 7ff., 13ff., 109ff.; Lindmeier et al., 2023: 9ff., bes. 21ff. & 61ff., 87ff., bes. 96ff., & 102ff., 143ff.; Neuhaus 2020; Steinhausen et al. 2024):³¹

„The ever-smaller definition of ‘normal’ can therefore also be seen to represent a way for the wealthy to maintain their economic advantage. Even as well-to-do families use dubious diagnoses of dyslexia or ADD to gain advantage for their offspring on university exams [...], the same diagnoses are used by institutions that face poor and working-class youth as a springboard to the B-track in life or, worse yet, as a gateway to the school-to-prison pipeline [...]. Having first produced inequalities and oppression, our economic system has adapted admirably to profit from these demonstrable failures. The production of the ‘normal child’ has become a highly segmented and specialised industry, and the latest development in this industry has been the commodification of deviance itself in additional profit centres: the autism industry, the ADD/ADHD industry, the dyslexia industry. Even when normalcy cannot be produced by the system, its failures can be monetised as students and clients. To conclude, the policing of neurodiversity as a way of defining the ‘normal child’ can be described as [...] obvious example of biopower in action: the application of control mechanisms to populations defined as deviant, based on appeals to science, in order to constrain the behaviour of both the majority and the rest [...]. Although the forms and targets of these controls have changed over time, their result has been to produce definitions of deviance that capture an ever-larger proportion of the human population, predicated on an increasingly restricted definition of the ‘normal child’ and the application of varied medical and quasi-educational technologies to bring neurodiverse outliers into compliance with this figure. This analysis is not intended to erase or question neurodiversity, but to draw attention to how observation of difference can be used to produce specific forms of societal relations rather than to support and celebrate individuality and varied forms of intelligence and behaviour“ (in: Bertilsdotter Rosqvist et al., 2020: 24f.).

Was (also) tun? Wie mit ADHS-Diagnosen/Kindern oder Jugendlichen bzw. Erwachsenen³² umgehen und welche Interventionsmöglichkeiten gibt es (s.a. weiterführend: Frölich et al. 2021; Matson 2023; Neuhaus 2020; O’Reilly & Lester, 2015: 3ff., bes. 14f., 25ff., bes. 28, 139ff., 158ff., 519ff.; Ohlmeier & Roy 2021; Ruhmland & Christiansen, 2022: 17ff., 29ff., bes. 31ff. & 36ff., 50ff., bes. 52ff. & 57ff., 88ff., bes. 93ff. & 102ff., 123ff.; Sperry, 2016: 100ff., 584ff.; Steinberg et al., 2010: 113ff.; Steinhausen et al. 2024)?

³¹ Die Frage ist „ob es sich bei ADHS wirklich um ein klinisch relevantes Störungsbild handelt oder ob [...] normales Verhalten von Kindern und Jugendlichen ungerechtfertigt zur Störung erklärt wird. [...] Die] Medien[darstellung] orientiert sich teils wenig an wissenschaftlichen Befunden und sorgt [...] für Unsicherheit oder [...] ablehnenden Reaktionen [...] (v. a. bei der häufig emotional geführten Debatte um die Gabe von Medikamenten)“ (Mackowiak & Schramm, 2016: 14).

³² Bzgl. eines >Screening-Tests mit Selbstbeurteilungsskala für Erwachsene (ASRS-v1.1)< betont Götzsche (2016: 146f.): „Erfolgreiche und energische Menschen, die ihre Zeit nicht gerne in unproduktiven Besprechungen vergeuden, wo sie unkonzentrierten Leuten zuhören müssen, die endlos lange reden, können durchaus die Diagnose ADHS erhalten“.

Gawrilow (2023: 126ff., 143ff., 152ff., 158ff.) stellt Interventionen für ADHS im Erwachsenenalter sowie alltägliche und psychologisch-medizinische Interventionen für Kinder und Jugendliche vor, wobei sie auch Therapievergleichsstudien bzgl. medikamentöser (MPH)³³ Therapie ggü./und/kombiniert mit kognitiver Verhaltenstherapie bei ADHS im Kindesalter berücksichtigt,³⁴ wo Forschungsergebnisse zwecks Eindämmung der ADHS-Symptome für eine multimodale, hier bspw. Medikamente und kognitiv behaviorale Therapie(elemente) zur Anwendung bringende, Herangehensweise sprechen (vgl. weiterführend: Gawrilow, 2023: 152ff.; s.(a).a. Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 344ff.; Hölter, 2011: 471f.; Kemmerich, 2017: 181, 220f., 259f.; Schmidt, 2019: 100ff., 157ff., 291ff.; Sperry, 2016: 100ff., 734ff.; 2022: 59; Tebartz van Elst et al., 2024: 296ff.; Thimme et al., 2021: 174ff.).³⁵

Zwischenbemerkung: Eine multimodale, auszuhandelnde ADHS-Therapie kann (s.a. Bühring 2018) bspw. als Kombination von Pharmakotherapie, störungsorientierter Psychotherapie und Lebensstiländerungen nach einer umfangreichen Psychoedukation bestehen, wobei eine Diagnose des multigenetisch bedingten Phänotyps ADHS nicht zwingend Behandlungsnotwendigkeit/Krankheitswert bedeutet (vgl. Tebartz van Elst et al., 2024: 294ff.):

„Die Indikation zur Behandlung einer ADHS sollte dann gestellt werden, wenn – nach Ausschluss einer anderen psychischen oder somatischen Erkrankung – im Kontext vorhandener individueller Ressourcen relevante funktionelle Einschränkungen bestehen, die das soziale Leben des Betroffenen deutlich einschränken, Leiden bedeutet und durch die ADHS verursacht sind“ (vgl. in: Tebartz van Elst et al., 2024: 296).

MPH kommt mittlerweile nicht nur bei Kindern und Jugendlichen sondern auch mit/seit Erstzulassung in Deutschland 2011 als Pharmakotherapie bei Erwachsenen zum Einsatz und darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Trainings- & Therapieprogrammen [z.B. Kölner Gruppentraining nach Lauth & Minsel (2009) oder das Freiburger Gruppentherapieprogramm] sowie an Interventionsmaßnahmen, die von Selbsthilfegruppen, Coaching und Psychoedukation über die bereits erwähnten Formen der kognitiven Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie bis hin zu Psychoanalyse sowie alternative Verfahren reichen (vgl. Gawrilow, 2023: 158ff.; s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 325ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 344ff.; Kemmerich, 2017: 38ff., 54f., 66; Lachenmeier, 2024: 163ff.; Matson, 2023: 611ff., 679ff.; O'Reilly & Lester, 2015: 480ff.; 2016: 385f.; Ohlmeier & Roy, 2021: 17ff., 81ff., 159ff.; Perrez & Baumann, 2011: 554ff., 1065ff.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 57ff., 102ff., 125ff.; Sperry, 2016: 100ff., 821ff., 891ff., 1000ff.; Steinhausen et al., 2024: 337ff., 376ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 255f.; Tebartz van Elst et al., 2024: 296ff.).

³³ MPH steht für Methylphenidat und ist ein Wirkstoff, der – seit 1954 u.a. als Ritalin vermarktet – eine strukturelle Ähnlichkeit zu D-Amphetamin aufweist, in den Dopaminstoffwechsel über die Hemmung der Wiederaufnahmerezeptoren eingreift und so die Aufmerksamkeit fördert (vgl. Gawrilow, 2023: 138f., 168). Was (die Verbreitung von) Dopamin bei ADHS angeht, ist Göttsche (2016: 145, 241ff.) kritisch: „Auch die Medien verfälschen das Bild. Zwei ADHS-Studien wiesen offenkundige Diskrepanzen zwischen Ergebnissen und den Schlussfolgerungen auf: ADHS-Patienten litten an Dopaminmangel, und Stimulanzien verbesserten langfristig den Erfolg in der Schule. Doch nur einer von 61 Artikeln beschrieb die Resultate korrekt und stellte deshalb die Schlussfolgerung infrage. Die falsche Schlussfolgerung, Dopaminmangel sei die Ursache von ADHS, wurde auch in den folgenden wissenschaftlichen Artikeln unkritisch weiterverbreitet“.

³⁴ „1999 belegte eine Studie, an der 579 Jungen mit ADHS im Alter zwischen acht und neun Jahren teilnahmen, die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit Familientherapie und monatlichem Feedback zur notwendigen Ritalin-Dosis. Nachuntersuchungen zur Delinquenz, zu Bildungsabbrüchen, zum Drogenmissbrauch und zu Verkehrsunfällen bestätigen dieses Ergebnis“ (Zimpel, 2024: 27).

³⁵ Ab den 1970er Jahren gab es wissenschaftliches (Forschungs-)Interesse an „der Umsetzung kognitiv-behavioraler Interventionen mit einem Schwerpunkt auf Selbstregulationsinstruktionen“ und hinsichtlich der Therapie von ADHS kamen in den 1980er/90er Jahren vermehrt Studien auf, die dar-/naheleg(t)en, „dass Selbstregulationsinterventionen bei der ADHS hilfreich, jedoch nicht so effektiv wie die Medikation mit Methylphenidat (MPH) zu sein scheinen“, wobei Gawrilow (2023: 128f.) korrigierend anmerkt: „Nicht nur dieses Kapitel, sondern das gesamte Buch hat das Ziel, darzulegen, dass diese vermeintlich vergleichsweise schwächere Wirksamkeit von Selbstregulationsstrategien im Vergleich zur Medikation mit MPH vor allem darauf zurückzuführen ist, dass in vielen Studien Selbstregulationsstrategien heterogen induziert und die Konsequenzen uneinheitlich erfasst worden sind, was auf Studien zur Wirksamkeit von MPH nicht zutrifft [...]. Mit anderen Worten: Das Erlernen und Umsetzen von Selbstregulationsstrategien ist fehleranfälliger und in großem Umfang abhängig von den TherapeutInnen, während die Gabe von Medikamenten vergleichsweise einfacher ist (Präparat und Dosis werden vom ärztlichen Fachpersonal bestimmt). Die in diesem Kapitel zitierten Publikationen zeigen jedoch, dass auch in Bezug auf Selbstregulationsstrategien eine Standardisierung möglich und erstrebenswert ist“.

Mit Blick auf Kinder und Jugendliche mit ADHS wird zwischen medizinischen & psychologischen Interventionsmaßnahmen sowie Alltagsmaßnahmen, die v.a. den Schwerpunkt haben „die Auswirkungen der Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität zu reduzieren“, differenziert (vgl. Gawrilow, 2023: 126ff., 143ff.; s.a. Ruhmland & Christiansen, 2022: 36ff., 57ff., 102ff.): Psychopharmakotherapeutisch hat das [wie entdeckte und wozu verwendete?] MPH/Ritalin mit Meta-Studien Verbesserungserfolge bei ADHS-Symptomen im Lehrerbericht, des allg. Verhaltens sowie der elterlichen Lebensqualität vorzuweisen, wobei es aber Nebenwirkungen und Diskussionen über die (Nicht-) Übertragbarkeit von pubertätsverzögernden Resultaten aus Tierversuchen (s.a. in: Feinstein, 2006: 50ff., 382ff.) auf Menschen gibt und als relativ neuer Wirkstoff – einst für Depressionen entwickelt – gibt es Atomoxetin (Strattera), der nicht psychostimulierend/gen Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung wirkt, wobei es weitere Medikamente/Diskussionen gibt (vgl. Gawrilow, 2023: 138ff.; s.a. weiterführend: Boyle, 2023: 454f., 502ff., bes. 507; Claussen & Seifritz, 2024: 89, 326; Drüe, 2007: 177ff.; Finley, 2011: 3ff., 35ff., 146ff., 252ff., 677; Geddes et al., 2020: 299ff., bes. 344ff. mit 345ff.; Kemmerich, 2017: 27f., 106f., 172ff., 175ff., 239ff., 243ff., 268f.; Köhler, 2019: 304f.; Neuhaus, 2020: 198ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 81ff.; Rohde et al., 2019: 83ff.; Schmidt, 2019: 19ff., 157ff., 181ff., 211ff. 217ff., bes. 219ff., 261ff.; Sperry, 2016: 28ff., 64ff., 100ff., 326ff., 337f., 475f., 567f., 899f., 954f., 1101f.; 2022: 57ff., 299f.; Steinhausen et al., 2024: 65f., 79f., 92ff., 98ff., 240ff., bes. 376ff.; Thimme et al., 2021: XIV; s.a. weiterführend: Dörner et al., 2019: 853ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 101ff., bes. 135ff.).³⁶

Zu den psychologischen Interventionsmaßnahmen gehören u.a. „Selbstregulations-, Selbstmanagement- und Selbstinstruktionstrainings“, wo beim Schulunterricht³⁷ – dieser bzw. Unterrichtsgestaltung, Pädagogik, *classroom management/environment* bzw. Schule generell (wo auch *violence, (Cyber)Bullying/Mobbing* eine Rolle spielen) ist allg. herausfordernd und mit ADHS oder Autismus, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Dyskalkulie, Schizophrenie, Traumata, Lernschwierigkeiten oder Hochbegabung, Intelligenz-, Gedächtnis-/Wissens- und Lernarten-/umgebungen/-kontexte, Fragen der Motivation und Lernende als kein >leeres Blatt< etc. noch mehr – bspw. auf >Mentales Kontrastieren< und >Wenn-Dann-Pläne< zurückgegriffen wurde, sowie Trainingsprogramme für Kinder & Jugendliche, Lehrkräfte oder Eltern vorliegen (vgl. weiterführend: Bröscher et al. 2022; Feinstein, 2006: 1ff., 103ff., 125ff., 131ff., 135ff., 144ff., 148ff., 154ff., 179ff., 200ff., 239ff., 245ff., 262ff., 277ff., 286ff., 295ff., 308ff., 321ff., 335ff., 353ff., 356ff., 368ff., 394ff., 398ff., 403ff., 427ff., 438ff., 452ff., 456ff., 459ff., 464ff., 473ff., 487ff., 491ff., 498ff.; Finley 2011; Gawrilow, 2023: 128ff., 132ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 80ff., 175ff., 207ff., 232ff., 259ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 49ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 50ff., bes. 58ff., 65ff., bes. 71ff.; Schmidt, 2019: 77ff., bes. 80ff., 94ff., 291ff., 325ff., 333ff.; Sperry, 2016: 100ff., 172ff., 243ff., 294ff., 397f., 477ff., 512f., 545f., 595ff., 621ff., 637f., 673ff., 690ff., 721f., 857ff., 928f., 973ff., 1071ff., 1153ff., 1178ff., 1188ff.; 2022: 5ff., 7ff., 57ff., 85ff., 127f., 155ff., 163ff., 183f., 202ff., 208ff., 221ff., 227f., 250ff., 285ff., 304ff., 306ff., 355ff.; s.a. Frölich et al., 2021: 62ff., 116ff.; Hölzel & Berger, 2024: 51ff., 79ff., 179ff.; Kemmerich, 2017: 108ff., 157ff., 207ff., 249f.; Matson, 2023: 451ff., 547ff.; Perrez & Baumann, 2011: 1065ff., 1075ff.; Rohde et al., 2019: 63ff.; Steinhausen et al., 2024: 115ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 249ff., 313ff., 527ff.).³⁸

³⁶ Es müssen aber kritische Blicke & Nach- wie Anfragen erlaubt sein: Was MPH & Atomoxetin bzw. ADHS-Medikamente für Kinder & Erwachsene angeht, so ist Göttsche (vgl. weiterführend: 2016: 150ff., 235ff.) kritisch bzgl. Aus- & Nebenwirkungen + (kurzfristige) Schäden durch die Medikamente sowie bei Designs & Durchführungen von Studien.

³⁷ Im Schul(unterrichts-)feld kommen auch behaviorale Interventionen zur Anwendung, wie bspw. das Festlegen klar abrufbarer Regeln, die Reduzierung von Anforderungen bzw. angebotene Auswahlmöglichkeiten sowie positive Verstärkung oder auch das Entziehen solcher und – als letzte Möglichkeit – die Durchführung eines *Time-out* (als Ausschluss aus einem als reizvoll wahrgenommenen Unterricht in einem ruhigen Raum) (vgl. Gawrilow, 2023: 126ff.).

³⁸ Ferner schildern Thaut & Hoernberg (vgl. in: Wilson et al., 2017: 414ff., bes. 416ff.) neurologische Musiktherapie – „Music can reduce stress, yet help the mind stay alert and ready to learn“ & „Music listening has been attributed with enhancement of learning in a variety of ways“ (vgl. Feinstein, 2006: 315ff., bes. 319, 326ff., bes. 330; s.a. Kemmerich, 2017: 181ff.; Sperry, 2016: 737ff.; 2022: 246ff.) – in neuropsychologisch rehabilitativen Settings, wo bspw. beim >Auditory Perception Training (APT)< Defizite & Wichtigkeit sensorischer Integration u.a. bei ADHS erwähnt werden und bei >Music Executive Function Training< zeigte klinische Forschung „improvement of EF after music-based training in children with ADHD“. Einige Kapitel später erwähnt van Heugten en passant die Effektivität von computerbasiertem kognitiven Training bei Kindern mit ADHS (vgl. weiterführend in: Wilson et al., 2017: 425ff., bes. 427). Darüber hinaus wird in Feinstein (2006: 1ff., bes. 4f., 68ff., bes. 70) hinsichtlich ADHS bei Schülern von Erfolgen durch Massagetherapie sowie dem Einsatz von bspw. Orangenduftstoffen (vlt. auch Lavendel?) berichtet (s.a. Sperry, 2016: 414ff., 634f.).

Dies ergänzend/mitberührend-vertiefend seien Gawrilows (2023: 143ff.) Schilderungen von „Interventionen für den Alltag von Kindern und Jugendlichen mit ADHS“ kurz beleuchtet (s.a. teilthematisch: Kemmerich, 2017: 31ff., 38ff.; Matson, 2023: 452ff.; Ruhmland & Christiansen, 2022: 63ff.), wobei sie zunächst 1) strukturierende Maßnahmen – bspw. bzgl. oder mittels Tagesablauf, Kalender, Arbeitsplatz & -utensilien – sowie Situationen mit hohem Anforderungspotential für Eltern und/oder Lehrkräfte vorstellt und 2) für eine Unterstützung der Selbstregulation im Alltag – indem bspw. Aufforderungen an das Kind ergehen, „Instruktionen in eigenen Worten zu wiederholen“ bzw. versucht wird, „die Selbstinstruktionen gezielt beim Hausaufgabenmachen [zu] fördern, d. h. die Kinder bitten, sich selbst beim Ablauf des Lösens einer Aufgabe zu instruieren“ – sowie 3) für eine Zusammenarbeit mit den Lehrkräften plädiert. Ergänzend dazu reißt Gawrilow (2023: 147ff.) Studien und Erwägungen zu den Themenfeldern 4) Selbsthilfegruppe, 5) Lob sowie schlussendlich 6+7) Sport & Natur – bspw. durch Spaziergänge in einem Park oder bzgl. der noch nicht vertiefend beforschten langfristigen Wirkung >der Natur< auf ADHS-Symptome, wobei Natur-Interventionen keine Nebenwirkungen haben und bspw. viele Menschen subjektiv von „Entspannung und Freude bei einem Spaziergang im Park“ berichten – an.³⁹ Was Sport – wo ja ADHS-betroffene Kinder soweit als „grobmotorisch sehr begabt und fit“ gelten – angeht, so widmet sich Gawrilow (2023: 147ff.) – neben Studien zum Einfluss des Ausübens mehrerer Sportarten auf Angst & Depressionen bei ADHS Kindern, dem Einbezug von Joggen, moderat-stärker sportlichen Belastungsprogrammen oder Yoga – dem Bereich Kampfsport und führt zuvor/dazu/dabei an (s.a. Kemmerich, 2017: 238f.):

„Es existiert eine Vielzahl von Beobachtungsstudien und Einzelfallstudien, die belegen können, dass Kinder mit ADHS weniger Symptome berichten, nachdem sie Sport gemacht haben [...]. Diese Beobachtungen werden indirekt und direkt durch wissenschaftliche Studien gestützt. Studien, die dieses Phänomen indirekt untersuchen, fokussieren meist nicht konkret auf Kinder mit ADHS, sondern untersuchen den Einfluss von Sport auf Stimmung, Schulleistungen und Selbstregulationsfähigkeiten von Kindern und Jugendlichen. In einer empirischen Studie wurde beispielsweise festgestellt, dass die Teilnahme an einem schulbasierten Kampfsporttraining (Tae Kwon Do) die Selbstregulationsfähigkeiten von Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern kann (Lakes / Hoyt 2004 [...]). Problematisch an dieser Studie ist, dass die Kinder und deren Eltern sich selbst für eine Sportart entscheiden konnten. Das bedeutet, es kann sein, dass die Kinder, die von Anfang an die bessere Selbstregulation zeigen, eher Kampfsport auswählen“ (Gawrilow, 2023: 148).

Damit – und mit dem Hintergrundwissen im Gepäck – sei übergeleitet/hineingegangen ins nächste Kapitel, wo es um AD(H)S⁴⁰ & (sport-)pädagogische wie -therapeutische (Kampfkunst-)Bezüge geht.

Zwischenbemerkung: Das Feld der Psychotherapie(n) ist ein weites (s.a. Dörner et al., 2019: 889ff.), wobei in Perrez & Baumann (2011: 430ff., bes. 450ff.) die Integrative Therapie (IT) sensu Petzold zwar bei >schulenübergreifenden Konzepten< (Integration, Eklektizismus, Allgemeine Psychotherapie) (s.a. Sperry, 2016: 908f.) Erwähnung findet, aber kurz darauf der Lehrbucheinbezug von Verfahren, die den Körper als Ausgangspunkt haben, zurückgewiesen wird, „da ihre wissenschaftlichen Grundlagen derzeit noch unzureichend sind“ (in: Perrez & Baumann, 2011: 452). Dies verwundert(e) ob des Vorliegens des Handbuchs der Körperpsychotherapie im Allgemeinen und Petzolds dortigem Leibbeitrag – die Leibthematik ist für die Integrative Therapie wichtig und findet auch in der (deutschsprachigen) [Körper-]Psychiatrie/Psychotherapie Berücksichtigung – im Besonderen, wobei das Handbuch bspw. somatische Psychotherapie mit Kindern per ADS und emotionaler (aggressiver) Störung vorstellt (vgl. in: Marlock & Weiss, 2006: 1ff., 17ff., bes. 23ff., 100ff., 796ff.; s.a. Deimel, 2012: 57ff.; Hölter, 2011: 5ff., bes. 15ff.; Petzold & Ramin, 1991: 227ff., 372ff.; Sperry, 2016: 706ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 24ff.; Thimme et al., 2021: 24ff.). Die IT kennt die bewegungs-/spieltherapeutische Arbeit mit ADHS-Kindern und hat Kampfkunstelemente – bspw. beim streitbaren (ggf. ADHS-Überlappungen) Thema der Aggression (Vollzug)/Wut/Ärger (Affekt/Emotion) – genutzt (vgl. Beauchaine & Hinshaw, 2016: 241, 349ff.; Boyle, 2023: 532ff.; Deimel, 2012: 128ff., bes. 134ff.; Feinstein, 2006: 36ff., 45ff., 195ff.; Finley, 2011: 16f.; IBT 1/2008: 4ff., bes. 17ff., 32ff., bes. 40ff.; Kemmerich, 2017: 23f.; Perrez & Baumann, 2011: 1050f.; Petzold & Ramin, 1991: 498; Sperry, 2016: 34, 67ff., 850ff.; 2022: 35ff.).

³⁹ An dieser Stelle sei auf Schmidts (2019: 125ff.) Ausführungen zu >einigen Therapien< verwiesen, der am Ende unter dem Titel >Alm statt Ritalin< auf ein abgebrochenes/vielversprechendes Projekt von Gerald Hüther zu sprechen kommt.

⁴⁰ Lachenmeier (vgl. 5: S. 9f., 13ff., 235) sieht ADHS nicht zwingend als Krankheit/Störung, sondern als eine >genetische Kondition< bzw. ausgeprägt als „das unübliche Management von Informationen und Funktionen“, wobei Dopamin und Noradrenalin diesbezüglich eine Navigationsfunktion haben, die bei ADHS reduziert ist. Später fügt er hinzu: „ADHS-Kondition bedeutet keineswegs Unfähigkeit, zu priorisieren und zu filtern, sondern lediglich, dass es weniger automatisch geschieht. Ist man sich dessen bewusst, kann gezielt darauf geachtet werden“ (Lachenmeier, 2024: 207).

II) AD(H)S & (sport-)pädagogische wie -therapeutische (Kampfkunst-)Bezüge

„Bewegung ist für vieles gut, auch für das Selbstwertgefühl. Darum könnte man sie als [...] Psychotherapie betrachten. Einerlei, welche Wirkung sie bei psychischen Krankheiten hat, es ist besser, Menschen zu körperlicher Bewegung zu ermutigen, als ihnen Medikamente zu verabreichen. In Großbritannien wird Bewegung bei leichter Depression empfohlen. Allgemeinärzte dürfen dafür ein Rezept ausstellen, meist für ein halbes Jahr. Die Patienten finden, dass Bewegung ihnen hilft, sich auf ihre Gesundheit zu konzentrieren anstatt auf ihre Traurigkeit und sich nicht mehr als >Opfer< zu fühlen. Lehrer haben viel Erfahrung mit Sport. Sie lassen Kinder beispielsweise zwischen den Unterrichtsstunden Gymnastik mit Musik machen und sie berichten, dass dies bei Schülern, denen eine ADHS-Diagnose droht, eine außerordentliche Wirkung hat. Nach der Gymnastik sind sie im Unterricht ruhiger und aufmerksamer. Viele von uns teilen diese Erfahrung. Bewegung hat auch einen Einfluss auf depressive Störungen. Es gibt nur wenige langfristige Vergleiche zwischen SSRI und Sport [...]. In einer viermonatigen Studie mit 156 depressiven Patienten hatten körperliche Bewegung und Sertralin eine ähnliche Wirkung, doch sechs Monate später waren nur noch 30 Prozent der Patienten in der Bewegungsgruppe depressiv. In der Sertralin-Gruppe waren es 52 Prozent und in einer Gruppe, die sowohl auf Sport als auch auf Sertralin randomisiert wurde, 55 Prozent. Das magere Ergebnis in der kombinierten Gruppe war zu erwarten, weil eine Psychotherapie bei Menschen, die unter dem Einfluss von Medikamenten stehen, schwierig ist“ (Götzsche, 2016: 232; s.a. Bröscher et al., 2022: 126; Feinstein, 2006: 1ff., 173ff., 373ff., bes. 376).

„Martial arts training may act as a supplemental benefit to traditional treatments of ADHD. However, which martial art is best for which person comes down to personal preferences. Some people may prefer the slow movement-based style of Tai Chi over the striking and kicking style of Taekwondo. Others may find that the throwing and pinning aspects of Aikido are more their style than that of Tai Chi. Ultimately people will need to try the different martial arts out there and see which one is likely to benefit them the most. To date, these are the martial arts that are in the literature for benefits with ADHD. The research is not out on other martial art styles and if they benefit individuals with ADHD. Another thing to be mindful of with martial arts training and ADHD, just like with any cognitive or behavioral treatment for ADHD, it takes time. It is not likely that symptoms of ADHD will go down or away in only a couple of classes“ (in: Matson, 2023: 585).

Es können hier nicht (päd-)agogisch-therapeutischen Grundlagen (bspw. *Education*, Sportpsychiatrie, Bewegung als/in/und (Psycho-)Therapie) und evidenz-/leitlinienbasierte [AD(H)S] Anwendungen⁴¹ mit von wie wofür von wem konzipierten, mit wem wann wo wie durchgeführten und was wieso bspw. hinsichtlich kurz-/mittel-/langfristig (bio-)psychosozialer Effekte (bspw. *Attention & Executive Function?*) erreichenden und wie beforschten Interventionen [mit Bezug zu – (zu) vereinfacht gesagt – *[Asian] martial (& movement) arts* (Bogenschießen, Boxen, Escrima, Judo, Karate, Taekwondo, Taijiquan, Qigong, Yoga)] in z.B. kinder- & jugendpsychiatrischen Settings bei Patient_Innen mit AD(H)S (und/oder anderen Erkrankungen/ Störungen)⁴² en detail betrachtet werden, sondern es sind >Schlaglichter<, wobei Vorsicht vor Generalisierungen gilt und zu differenzieren ist, ob mit den Patienten/Klienten kurz-/mit-tel-/langfristig im >Einzel< (dyadisch) oder in der (Klein-)Gruppe und in welcher Modalität (funktional-übungscentriert/ erlebzentriert/aufdeckend-konfliktzentriert) bzw. zu welchen Zielen (*Empowerment/Wellness*, Integration; Grob- & Feinziele)/Aspekten (reparativ, konservierend, evolutiv) eine (psychosozial weshalb bzw. über welche *mediating factors* wirkende) Kampfkunstmaßnahme bspw. a) additiv zur regulären Therapie stattfindendes, reguläres Training aufgesucht wird oder ob b) Elemente⁴³ einzelner Kampfkünste bzw. Inhalte/Themen/Ziele gezielt abgestimmt/ausgewählt werden

⁴¹ Evidenzbasierung/Leitlinien (S1 bis S3) sind komplex und die [S3-Linie für ADHS \(2017\)](#) (2025-03-09) wird diskutiert und aktuell überarbeitet (vgl. Bühring 2018; Deimel, 2012: 100ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 3ff., 293f., 296, 298).

⁴² So weiß Parsons (vgl. in: Sperry, 2016: 156f.) bzgl. *Body Work Therapies* über Einsätze von einem Mischprogramm mit „movement, massage, Tai-Chi, and breathing“ bei Schizophreniepatienten (s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 81, 209ff.; Deimel, 2012: 96, 149ff., bes. 154, 160ff., bes. 171ff.; Ellis et al., 2025: 326; Geddes et al., 2020: 563ff., 1416; Hölter, 2011: 211ff., bes. 235ff.; Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 20, 32ff., bes. 232ff., 246; Schmidt, 2019: 69, 83f., 216; Sperry, 2016: 756f., 953f., 973ff., 1030ff., 1110ff., 1140ff.; 2022: 43ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 209ff.; Thimme et al., 2021: 306ff., bes. 320ff.) und deren Symptomverbesserung zu berichten, während Joisten (vgl. in: Thimme et al., 2023: 47ff., bes. 54ff.) bzgl. >Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter< Jiu-Jitsu oder Judo bzw. Krav Maga oder Boxen erwägt (s.a. teilthematisch in/bei: Deimel, 2012: 74ff.; Deimel & Thimme, 2021: 187ff.) und Eberhard-Kaechele in der Arbeit mit Patientinnen mit Traumafolgestörungen (s.a. Geddes et al., 2020: 817ff.; Marlock & Weiss, 2006: 721f., 776ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 166ff.) bei der Ressourcenaktivierung u.a. Yoga, Qigong und Tai-Chi anführt (vgl. Deimel, 2012: 34ff., bes. 39ff. mit 41). *Last but not least* sei auf obiges *Handbuch der Körperpsychotherapie* in Erstauflage mit (klinisch und/oder körperlich-mental wirksamen) Einsätzen von Aikido, Taijiquan, Qigong oder Yoga verwiesen (vgl. Marlock & Weiss, 2006: IX, 120, 430ff., 589).

⁴³ Die Einbeziehungen von Elementen in/als alternative Therapieform ist nicht ungewöhnlich, gerade im Bereich der Sportpsychiatrie, wo bspw. bei ADHS – neben und/oder in Kombination mit Pharmako-, Psycho-, Ergo-, Kunsttherapie – *HITT* oder *therapeutisches Klettern* zum Einsatz kommt (vgl. weiterführend: Deimel & Thimme, 2021: 123ff., 287ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 81ff., bes. 90ff. mit 98; s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 415ff., bes. 419ff.; Neuhaus, 2020: 188ff., 198ff.).

(vgl. dazu insp. & weiterführend: Ante 2024; Claussen & Seifritz, 2024: 19ff., 55ff., 77ff., bes. 89f., 121ff., 171ff., bes. 315ff. mit 321ff. inkl. 326ff.; Deimel, 2012: 7ff., 10ff., 24ff., 34ff., 89ff., 100ff., bes. 128ff., 208ff., bes. 211, 237ff., bes. 258ff.; Deimel & Thimme, 2021: 5ff., 11ff., 19ff., bes. 21ff. mit 35ff., bes. 97ff. & 123ff., bes. 251ff., 287ff., bes. 315ff. mit 319ff., 329ff.; Gilbert, 2014: 1ff., 12ff., 21ff., 38ff., bes. 43, 207ff., 390ff.; Hölter, 2011: 71ff., 155ff., bes. 448ff. mit 466ff., 484ff.; Kemmerich, 2017: 238f.; Marlock & Weiss, 2006: 430ff., 796ff.; Matson, 2023: 569ff., bes. 577ff.; Petzold & Ramin, 1991: 227ff., bes. 230ff. mit 251ff., 359ff., bes. 362ff.; Pujari 2024; Sperry, 2016: 100ff., 156f., 606f., 940ff., 1201f.; 2022: 57ff., 165f., 186ff., 200ff., 365f.; Spring & Ramkissoon 2024; Steinhausen et al., 2024: 435ff., bes. 437ff.; Ströhle & Bendau, 2025: V, 1ff., 24ff., bes. 35ff. mit 37ff., 49ff., 87ff., 125ff. bes. 253ff. mit 256ff., 263ff.; Thimme et al., 2021: 1ff., 82ff, bes. 135ff., 163ff., bes. 168ff. mit 177ff., 372ff.; 2023: 11ff., bes. 36ff., 55f., 61ff., bes. 68ff. mit 74ff., 139ff., bes. 147ff., 163ff., bes. 166ff. mit 179ff., 215ff., bes. 221ff.; Wiethäuper, 2020: 5ff., 37ff., 60ff., 197f.; Wolters & Fußmann, 2008: 84ff., bes. 92ff.):



KIRRIEART 2016

Es kann (auch, aber nicht nur) in der Arbeit mit (sog./konzeptionell bezeichneten) emotional-(externalisierend) *behavioral disturbed*/herausfordernden (z.B. aggressiv-antisozial, impulskontrollschwierigen) bzw. von ADHS-betroffenen/neurodivergenten Kindern & Jugendlichen hilfreich sein, mit anderen Akteuren (Eltern, Lehrer, Fachpersonal etc.) zusammenzuarbeiten (s.a. Alix, 2024: 79ff., 133ff.; Beauchaine & Hinshaw 2016; Claussen & Seifritz, 2024: 315ff., bes. 319ff. mit 325ff., 365ff.; Deimel & Thimme, 2021: 97ff. mit 101ff. & 114ff., 123ff.; Feinstein, 2006: 1ff., 204ff., 209ff.; Frölich et al., 2021: 62ff.; Garner et al. 2014; Geddes et al., 2020: 299ff., 1255ff.; Hölter, 2011: 448ff.; Hölzel & Berger, 2024: 279ff., 299ff.; 68ff.; Kemmerich, 2017: 124ff.; Mackowiak & Schramm, 2016: 127ff.; Neuhaus, 2020: 121ff.; Schmidt, 2019: 291ff.; Sperry, 2016: 37ff., 52ff., 100f., 214ff., 243f., 274ff., 690ff., 788ff., 1060ff.; 2022: 22ff., 31ff., 57ff., 96ff., 115ff., 147ff., 188ff., 262ff., 300f., 308ff., 326f.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff., 701ff.; Wolters & Fußmann, 2008: 84ff., bes. 87ff.).⁴⁴ Dabei kann die lernbegleitende Person Haltungsarbeit betreiben, >Developing Positive Attitudes towards Neurodiversity in Society< reflektieren, grob über *disability (studies)*, Inklusive Erziehung/Bildung, Neurodivergenz, med./soz./biopsychosoziale Modelle Bescheid wissen den (ADSH-) Schüler – mit (mentaler) Gesundheit/*Wellbeing* & Lernumgebung – konkret im Blick haben (vgl. Alix, 2024: 5ff., 22ff., bes. 27ff., 60ff.; Sperry, 2016: 100ff., 143ff., 1181ff.; Watson & Vehmas, 2020: 265ff., bes. 269f.). Dabei gilt, „dass man als ADHSler nicht nur ADHS ist“ (Lachenmeier, 2024: 54) und:

„Aber nicht nur die Pharmaindustrie verdient an ADHS. Zunehmend tummeln sich auch mehr oder weniger (vor allem Letzteres) seriöse Fachleute jedweder Couleur auf dem lukrativen ADHS-Markt. Entweder bieten sie althergebrachte Behandlungen, Methoden oder Therapien an, die auf einmal auch spezifisch gegen ADHS helfen sollen: Homöopathie, Ergotherapie, Hypnose, Delfintherapie, alles hilft (auch) bei ADHS. Oder sie denken sich phantasievolle neue Methoden oder Mittelchen aus, zum Beispiel auch eine Methode namens Emoflex [...]. Das soll auch bei ADHS helfen, aber natürlich ‚nicht nur‘, was den Markt glücklicherweise für möglichst viele irgendwie Betroffene offenhält. Parallel dazu wachsen selbstgebastelte Aus- und Weiterbildungen für ‚ADHS-Trainer‘ und ‚ADHS-Coaches‘ wie Pilze aus dem Boden. ADHS-Elterntrainings sind in Ferienlager und Jägerburg für ADHS-Kinder werden verkauft, alles mit der Behauptung, etwas spezifisch Hilfreiches [...] anzubieten. Bei näherem Hinsehen handelt es sich allerdings regel-mäßig insofern um Mogelpackungen, als es ganz einfach keine ADHS-spezifische Pädagogik gibt und derartige teure Freizeiten für jedes Kind unterhaltsam und förderlich sind, ob mit oder ohne so etwas wie ADHS“ (vgl. Schmidt, 2019: 173ff., bes. 181ff. mit 183; s.a. thematisch Dörner et al., 2019: 170f., 845ff.; Kemmerich, 2017: 115ff.; Sperry, 2016: 70f., 100ff., 489f., 568f.; 2022: 37f.).

Im Umgang bzw. in der Behandlung von oder bei Interventionen zu ADHS werden – neben weiteren Maßnahmen, wie bspw. *Telemedicine*, wo bei Erwachsenen u.a. die *Acceptance & Commitment Therapy (ACT)* sowie generell bei ADHS auch Ausprägungen der (Kognitiven) Verhaltenstherapie und weitere (s.a. Sperry, 2016: 5ff., 100ff., 121ff., 169f., 229ff., bes. 231ff., 238ff., 421ff., 455f., 544f.; 2022: 1f., 59, 63ff., 109ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 141ff., bes. 144ff., 297ff.) zur Anwendung kommen (vgl. in: Matson, 2023: 591ff., bes. 597, 611ff.) – sei für hier relevant u.a. *Mindfulness* (als Zustand und/oder relativ stabil, erworbene Eigenschaft sowie klinisch in und durch Maßnahmen wie *MBSR/MBCT* etc. konzipiert und verbreitet) als auch *Physical Exercise(s)* thematisiert (vgl. weiterführend in: Matson, 2023: 569ff., 631ff.; s.a. Deimel & Thimme, 2021: 263ff.; Marlock & Weiss, 2006: 420f.; Sperry, 2016: 269f.; 2022: 237ff.; Steinhausen et al., 2024: 438ff., bes. 443, 467ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 43f., 258; Thimme et al., 2023: 129ff., bes. 139ff. mit 151ff.):

⁴⁴ Mit Bezug auf *martial arts* ist der Beitrag von James Lee-Barron – seines Zeichens „professor and director of the institute for Martial Arts and Sciences, U.K.“ – nicht uninteressant, der über bemerkte positive Effekte von martial arts bei >schwierigen< Kindern und Jugendlichen – evtl. als >Emotional and Behavioural Difficulties (EBD)< ausgewiesen, wobei EBD selbst viel genauer zu beleuchten wäre und eine Startmöglichkeit mit dem Handbuch von Garner et al. (2014) gegeben wäre – berichtet und dabei auf Strukturmerkmale von *martial arts* rekurriert und zwar Respekt, Disziplin, *confidence*, *self esteem*, *interpersonal skills*, Teamarbeit, Notwendigkeit einer verlängerten Aufmerksamkeitsspanne, Anerkennung von Autorität(en), *control of stress levels & anticipation of next grade* bis hin zur Erreichung des >Schwarzen Gürtels< o.ä. (vgl. weiterführend in: Gilbert, 2014: 21ff., 398; s.a. thematisch weiterführend in: Sperry, 2016: 994ff., bes. 997ff., 1102ff.; 2022: 310ff., 334ff.). Neben EBD wäre ggf. noch *SEND (Special Educational Needs and Disability)* für *martial arts* zu betrachten, wo kürzlich Spring (s.a. Gilbert et al., 2014: 399) & Ramkissoon (2024: 341ff., bes. 347) Ausführungen zu *Leisure & Wellness* vorgelegt haben & festhalten: „Martial arts are based in many cultures, some that they are rooted in, and others as adopted practices and as such have varied spiritual influences upon them [...]. Controversially, disciplines such as Karate, Taekwondo, Aikido, Jujitsu and Judo all are debated to have significant influences from Buddhism, Confucianism and Shintoism [...]. The idea of bowing into the Dojo or training hall is to show respect of acknowledge to the place of training. These all have influences from aspects of these spiritual areas. Studies show how traditional martial arts such as those mentioned above helps to calm down and assist those with anger management issues, ADHD and other psychological factors“.

Mindfulness/Achtsamkeit (und vlt. auch meditative Praktiken?) kann dabei im klinischen Setting – bspw. der ACT bzw. bei (wie diagnostizierten und wie – ggf. auch medikamentös oder bewegungs-/körperpsychotherapeutisch – behandelten) psychotischen Patienten⁴⁵ oder evtl. bei (ADHS komorbiden) affektiven Störungen oder Angst- oder Zwangserkrankungen (s.a. Claussen & Seifritz, 2024: 82ff., 173ff., 217ff., 233ff., 251ff.; Deimel, 2012: 96, 115ff.; Deimel & Thimme, 2021: 21ff., 77ff., 97ff., 123ff., 163ff., 263ff.; Hölter, 2011: 156ff., 466ff., 476ff., 481ff.; Dörner et al., 2019: 233ff., bes. 261ff., 285ff., 309ff., 425ff., 853ff.; Geddes et al., 2020: 299ff., 895ff., 967ff.; Hölzel & Berger, 2024: 51ff., 111ff., 133ff., 147ff., Kasten & Müller-Alcazar, 2023: 242ff., 251ff., 306; Kemmerich, 2017: 281ff.; Marlock & Weiss, 2006: 125ff., 409f., 420f., 719ff.; Neuhaus, 2020: 107ff.; Ohlmeier & Roy, 2021: 65ff., 88f.; Sperry, 2016: 5ff., 34, 74ff., 81ff., 98, 131f., 195f., 207f., 297ff., 383f., 389f., 421ff., 505f., 540ff., 639, 645, 650ff., 655ff., 663f., 685ff., 711ff., 718ff., 723ff., 776ff., 819f., 869f., 878ff., 899ff., 973ff., 985ff., 1050ff., 1146f., 1167f., 1183f., 1199, 1210ff.; 2022: 1f., 38ff., 41ff., 45ff., 59, 66f., 69ff., 134ff., 229ff., 239ff., 256ff., 281ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 125ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff., 395ff., 467ff., 503ff.; Thimme et al., 2021: 163ff., bes. 168ff. & 208ff. & 228ff. & 306ff.; et al., 2023: 87ff., 129ff.) – ggf. eine Verstärkung der Symptome bewirken und ein hohes, garweilen (für ADHS) überforderndes *commitment* ist zu beachten, wobei es auch auf ADHS adaptierte Gruppen- oder Individualangebote – bspw. für oder unter Einbezug der Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Bezugspersonen sowie auch für Erwachsene – gibt und das Feld – bspw. per Metaanalysen (s.a. für Kinder und Jugendliche: Linderkamp & Lüdeke 2019) – weiterhin beforscht wird (vgl. weiterführend in: Matson, 2023: 635ff.).

Hinsichtlich *Physical Exercise(s)/physical activities* und/bei ADHS ist zwischen aeroben und anaeroben Ansätzen zu unterscheiden (vgl. in: Matson, 2023: 569ff.), wobei Deutsch et al. anschließend ein ganzes Unterkapitel *martial arts & ADHD* widmen (vgl. in: Matson et al., 2023: 577ff.): Nach dem Einstieg über Erwägungen zu >Mindful Movement Martial Arts and ADHD< folgen genauere ADHS-bezogene Blicke mit einbezogenen Kampf- (& Bewegungs)künsten (Aikido, Taekwondo, Taijiquan & Qigong), wobei sie vor der *Conclusion* noch Yoga – das einen Unterschied machen kann, aber genauer zu untersuchen ist – berücksichtigen (vgl. weiterführend in: Matson, 2023: 577ff., 581ff., bes. 585f.).⁴⁶

⁴⁵ „Psychotische Störungen umfassen neben der Schizophrenie u. a. auch die wahnhaften Störungen. Kennzeichnend ist das Auftreten von wahnhaftem oder halluzinatorischem Erleben [...]. Insbesondere bei der Schizophrenie kommt es zusätzlich zu Störungen des Denkens, so denken Betroffene oft sehr zerfahren, oder ihre Gedanken reißen plötzlich ab. Ich-Störungen, welche ebenfalls für die Schizophrenie typisch sind, bedeuten, dass Betroffene das Gefühl haben, ihre Gedanken würden »von außen gemacht« und ihnen eingegeben oder auch entzogen. Es gibt Hinweise darauf, dass eine ADHS im Kindesalter mit einem bis zu 4-fach erhöhten Risiko für eine psychotische Störung im Erwachsenenalter einhergeht. Patienten mit dieser Konstellation der Erkrankungen scheinen dabei vermindert auf eine antipsychotische Behandlung anzusprechen [...]. Hinsichtlich der Schizophrenie ist es wichtig zu wissen, dass im »Prodromalstadium«, welches der tatsächlichen Erkrankung im Jugendalter oftmals voraus-geht, ebenfalls Symptome, wie eine erhöhte Unruhe, eine verminderte Konzentration und Störungen der Planungsfähigkeit, auftreten können. Da sich diese nicht selten auf schulische Leistungen ungünstig auswirken, könnte in solchen Fällen ebenfalls das Vorliegen einer ADHS vermutet werden. Abgrenzen lassen sich beide Erkrankungen dann in der Regel durch das Auftreten der ersten Symptome: Bei der ADHS lassen sich diese zumeist bis in das Kindesalter zurückverfolgen. Wenn eine ADHS in Kombination mit einer psychotischen Störung auftritt, ergeben sich insbesondere Probleme in der Behandlung. Die ADHS-spezifischen Medikamente wie Stimulanzien oder Atomoxetin können beide Psychosen auslösen. Allerdings gibt es auch Fallbeschreibungen, in welchen Stimulanzien erfolgreich zur Behandlung der ADHS eingesetzt wurden, ohne dass zuvor bestehende psychotische Symptome verstärkt wurden“ (in: Ohlmeier & Roy, 2021: 71f.).

⁴⁶ Studienmäßig ist dabei genauer hinzuschauen, wie Mehren et al. (vgl. in: Steinhausen et al., 2024: 467ff., bes. 472f.) in ihrem Kapitel zu >Körperlicher Aktivität< berichten: „So berichteten mehrere Autoren positive Auswirkungen verschiedener Arten von Interventionen (Ausdauersport, Ballsportarten, gemischte Programme, Tai Chi) auf die Kernsymptome der ADHS, exekutive Funktionen, Schulleistungen, motorische Fertigkeiten und Schlafqualität, betrachteten diese Effekte aber entweder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die keinerlei Intervention erhielt, oder schlossen erst gar keine Kontrollgruppe ein [...]. Hierdurch werden zwar positive Effekte der Interventionen deutlich, allerdings ist es nicht möglich, diese eindeutig auf die sportliche Komponente zurückzuführen. Faktoren wie erhöhter Zuwendung, der aktiven Teilnahme an einem Programm, und sozialen Komponenten kommt bekanntermaßen eine wichtige Rolle in der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen zu. Bei Studien ohne jegliche Kontrollgruppe sind zudem Veränderungen aufgrund von Übungseffekten nicht auszuschließen. Hinzu kommt, dass in vielen Studien gemischte Sportprogramme (Ausdauer-elemente kombiniert mit Gruppentraining, Spielanteilen, Training motorischer Fertigkeiten, Ballsportarten) durchgeführt wurden, sodass schwer zu separieren ist, welche Elemente potenzielle Effekte hervorrufen“.

Zwischenbemerkung: Auch was martial arts & ADHD betrifft, gibt es so manche Studie(n) und Meta-Analyse(n): Ein Beispiel ist die Meta-Analyse von Márquez-Castillo (2013), wobei „Results suggested that martial arts training can alleviate symptoms of ADHD and can help improve academic performance. Social change implications include the potential for confirming martial arts treatment as a nonpharmacological treatment for ADHD, which would benefit sufferers, mental health practitioners, educators, and parents“.

Almashat (2017) wertete in einem Review sieben Studien mit insgesamt 86 TN und verschiedenen „styles of martial arts“ (Karate, Taekwondo und Taijiquan) in Bezug auf ADHS – verstanden als „a neurodevelopmental disorder that is characterized by overactivity, impulsivity and inattention“, die bei rund 5% der Kinder im schulfähigen Alter diagnostiziert werde, wobei „the disorder can affect school performance and social-emotional development“ – aus und skizziert martial arts bzgl. ADHD als Ausgangspunkt der Untersuchung wie folgt:

„Martial art training is increasingly practiced for both mental and physical purposes and could be used as a tool to control ADHD symptoms in children, as it has a strong effect on the practitioner’s mind and body and that its main goal is to transform the practitioner into a better person in a way that the MA practitioner can achieve self-control, spiritual serenity, mental tranquility and strength, and the deepest self-confidence, self-discipline and self-awareness. It also helps the practitioner achieve a sense of self-mastery and self-regulation, motor and mental coordination, and inner harmony. As such, there is some evidence for the effectiveness of MA training as an intervention for children with ADHD; however, it has not yet been demonstrated scientifically“ (Almashat, 2017: 62).

Nach Auswertung der Studien sieht Almashat (2017: 62) zwar keine statistische, aber eine klinische Signifikanz und betont abschließend, „that there is little evidence supporting the positive effect of martial art training on ADHD children. However, there is need for more trials with sufficient numbers of participants, various ethnicities and socioeconomic status, and different styles of martial arts, to investigate the efficacy of martial art training on children with ADHD in a sample that is representative of the population“ (Almashat, 2017: 62).

Aktuell legt Pujari (2024) eine Literaturübersicht zu >Martial Arts as a Tool for Enhancing Attention and Executive Function< mit Implikationen für die Kognitive Verhaltenstherapie vor, wobei „[t]he results imply that the mental and physical strain of martial arts training may help to enhance executive function and attentional processes in the brain“⁴⁷ und darüber hinaus sieht er folgende Anknüpfungen von martial arts & CBT, wobei er auf die Notwendigkeit weiter(gehend)er Forschung verweist:

„A thorough strategy that addresses both cognitive and behavioral elements of mental health can be provided by including martial arts training into CBT therapies [...] Martial arts training includes physical activity, mental concentration, and self-discipline, all of which are important CBT tenets. There are various possible advantages to incorporating martial arts into CBT therapies. First, martial arts training’s physical component can give people a way to partake in fun and structured exercise, which has been proven to improve mental health and well-being [...]. Second, learning martial arts requires self-control and mindfulness exercises, which are in line with CBT’s objectives. Cognitive functions, including attention and working memory, are improved as a result of mindfulness-based therapies, which have shown effectiveness in lowering symptoms of anxiety, depression, and stress-related disorders [...]. Third, while mastering complicated techniques and strategies is a cognitively demanding aspect of martial arts, it can foster cognitive flexibility and problem-solving abilities, which are crucial aspects of executive function [...]. Although martial arts training may improve executive function and attention, and its incorporation into cognitive CBT holds promise, there are a number of drawbacks to take into account [...] First off, there is a dearth of control groups and small sample sizes in many of the existing studies on the impact of martial arts on cognition [...]. Second, healthy individuals or specialized clinical populations have been the subject of the majority of studies on martial arts and cognition. There is still little research on how martial arts training affects cognition in a variety of populations, including older adults, people with neurodevelopmental impairments, and people who have serious mental illnesses [...]. Third, martial arts interventions lack well-defined ideal training regimens and dosages [...]. Fourthly, while some research has looked at the immediate results of martial arts training, little is known about how long-lasting cognitive gains will be [...]. The incorporation of martial arts into CBT must also carefully take into account client differences, safety procedures, and the therapists’ level of training“ (vgl. Pujari, 2024: S22ff.; s.a. thematisch: Sperry, 2016: 1232ff.).

Bzgl. der vorhin kurz gestrieffenen, eben beiläufig erwähnten mindfulness – bei martial arts mit/durch bspw. Meditation oder >deep breathing exercises< (vgl. Pujari, 2024: S21) – sei abschließend auf die Studie Cancillas (2016) verwiesen, wo es um >Mindfulness Martial Arts Training Versus Traditional Martial Arts Training as Support for Improved Academic Performance in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder< geht, wobei im prä-Post-Follow-Up-Design „Classroom attention, behavioral control, and academic performance“ erhoben wurden und es im Ergebnis keine Signifikanzen zwischen den Maßnahmen & akad. Leistungen gab.

⁴⁷ Positive Förderungseffekte der Aufmerksamkeit durch martial arts können bspw. in den benötigten Fokus- und/oder Konzentrationsaspekten/-erfordernissen bzw. im (Er-)Lernen komplexer Techniken und Übungen bedingt sein und bzgl. der Exekutivfunktionen werden die Komplexität von martial arts-Training/Praxis – diese „call for the use of cognitive processes like strategy planning, anticipation, and decision-making“, die möglicherweise positiv für die Exekutivfunktionen sind – sowie self-control-regulation & mindfulness exercises angeführt, was genauer zu erforschen ist (vgl. Pujari, 2024: S21f.).

Grundsätzlich ist dabei (s.a. in: Matson, 2023: 579ff., 585f.) bzw. bei >(Asian) Martial (& Movement) Arts und/in/bei [AD(H)S-/]Therapie< – es klang weiter oben bereits an – zu unterscheiden, was für eine Maßnahme von wem wann wo wie wozu und unter welchen Umständen besucht und von wem wie durchgeführt wird: Wird bspw. die jeweilige Kampfkunst oder Kampfsport als Hobby im Verein betrieben und was lernen bspw. jüngere oder ältere Jungs – die bspw. populärkulturell oder durchs Internet geprägt und fasziniert/motiviert ins Training kommen – dort (s.a. insp. & kritisch weiterführend: Huisken, 2016: 443ff.; Kemmerich, 2017: 170f., 262f.; Neuhaus, 2020: 124; Sperry, 2016: 680f., 730f., 929ff., 1129ff., 1170f.; 2022: 228f., 244ff., 327ff., 351f., 363f.; Steinberg et al., 2010: 3f., 161f., 249ff., 266ff., 273ff., 282ff., 284ff., 303ff., 307ff., 319ff., 328ff., 335ff., 340ff., 389ff., 444ff., 449ff., 455ff.)? Oder ist es eher eine bzgl. Elementen/Inhalten/Themen/Zielen abgestimmte Maßnahme, wobei >das zentrale Thema *Kämpfen/Kampf*< – bzw. eher: das Kampfkunst-machen – vorliegt (vgl. Deimel, 2012: 128ff., bes. 131f.; Thimme et al., 2021: 135ff.; Wiethäuper, 2020: 29ff.).

Ein Beispiel zu ADHS sowie zur Frage, was (in der Intervention) ist die aus dem Strafvollzug mit „Kampfkunst als Therapie“ erwachsene Budopädagogik (eher präventiv ausgerichtet) bzw. -therapie sensu Wolters (vgl. Wolters, 2018: 160f.; s.a. in/bei: Deimel, 2012: 129): Erwähnt sei zum einen die Arbeit von Lochmüller zu >Aikido bei ADS und/oder Störungen des Sozialverhaltens (insb. oppositionelles Verhalten)< (vgl. Wolters & Fußmann, 2008: 84ff.) und zum anderen Wolters' eigene kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit mit >Budo als Körper(psycho)therapie< bzw. als „Karate-Do mit psychisch Kranken“ in einer Tagesklinik (vgl. Becker & Koch, 1999: 18, 173ff.; Wolters, 2018: 159ff., bes. 163f.). Ein entsprechendes budo-pädagogisches/-therapeutisches Projekt zu konzipieren und durchzuführen, seine Chancen und mögliche Wirkungen im Blick zu haben hat Lochmüller (vgl. Wolters & Fußmann, 2008: 84ff., bes. 92ff.) seinerzeit für ADS und Störungen des Sozialverhaltens (insb. oppositionelles Verhalten) unternommen und was die Wirkung von/in/mit/durch die Budopädagogik/-therapie sensu Wolters & Kolleg_Innen angeht, wird gemeinhin auf >Weg</„Budo als Charakterschule“, als Kampf-Kunst statt Kampf-Sport respektive die vermeinten >sechs Wesensmerkmale des Budo< - das sind 1+2) *Bu & Do* (als Weg, den Kampf zu vermeiden); 3) *Dojo*; 4) *Rei*/Etikette; 5) *Shitei*/Lehrer-Schüler-Beziehung & 6) *Zen*/Geist – verwiesen, die nur alle gemeinsam Budo definieren und unabhängig vom jeweiligen Stil vorliegen würden und wo ferner >budotypische Prinzipien< [I] *Icho* = Ganzheitlichkeit; [II] *Onmyodo* = Yin & Yang; [III] *Mitsutomoe* = Dreifaltigkeit aus Wissen, Können & Verstehen; [IV] *Shidai* = vier Elemente; [V] *Gogyo* = fünf Wandlungsphasen; [VI] *Isonsei* = „Verbindung mit den sechs Wesenselementen“] angeführt werden (vgl. Wolters, 2018: 160ff., Wolters & Fußmann, 2008: 14ff., 93f.) – was anfragbar ist...⁴⁸ Ein zweiter Punkt ist das bei Becker & Koch & auch dort bei Wolters aufkommende Gesamthema der Normalitätskonstruktionen (vgl. Becker & Koch, 1999: 1ff., 173f.): >Was ist normal?< fragt das Buch und die Herausgeber (1999: 9f.) mahnen vor ‚Risiken der Therapeutisierung‘, wenn Leidensdruck abgeblendet oder Krankheit als ‚subjekt- und kontextbereinigte Symptomkombination‘ verstanden wird. Wolters sieht Kampfkünste als hilfreiches ‚Normalisierungsprogramm‘ (vgl. Becker & Koch, 1999: 173f., 179) und versucht sich an einer >Dialektik zu Normalität & Normalisierung<, wobei die Patienten für die Gesellschaft nicht mehr normal, aber in der Klinik ‚normal-gewöhnliche Patienten‘ sind. Dabei gilt:

„Normalität und Normalisierung ist Aufgabe und Ziel sowohl der Jugendhilfe als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Prämisse ist, den der Norm und Normalität Unangepassten, unter ihnen Leidenden und den durch sie und an ihnen Verunsicherten – sehr wohl nach Maßgabe des Möglichen – zu Angemessenheit oder Unauffälligkeit, zum gelungenen Arrangement oder legitimen Alternativen, zu Sicherheit und Kompetenz zu verhelfen“ (in: Becker & Koch, 1999: 174).

Erreicht werden soll dieses Ziel durch einen ‚weitestgehend normalen Umgang‘ bzw. eine ‚kompetent ausbalancierte Dosierung von Förderung durch Forderung‘, wobei sein Kampfkunst-Behandlungsansatz Bestandteil eines institutionell eingebundenen ‚Normalisierungsprogrammes‘ ist (vgl. Becker & Koch, 1999: 174f.). In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick auf ausgemachte Effekte:

⁴⁸ Dabei muss sich beispielhaft die Budopädagogik sensu Wolters nach Wiethäuper (2020: 10f.) Fragen zu „Sekundärmythen zur Gewaltlosigkeit“ gefallen lassen, wenn/die sie „mit eklektischen und teils willkürlichen Interpretationen das konkrete Bewegen als höherwertiges moralbildendes Unterfangen“ umdeutet bzw. bei begriffsanalytischen Versuche oft abstrakte Merkmale (Zweckbezug, Regelmäßigkeit, Ideologiestationen) ansetzt.

Eine Evaluation/empirische Untersuchung im strengen Sinne steht nach Wolters mit Stand 1999/2018 (vgl. in/bei: Becker & Koch, 1999: 178; Wolters 2018: 164) wohl noch aus, aber die Auswertung bzgl. Sozialverhalten und Affekte erfolgte testpsychologisch mit Prä-Post-Design und spezieller Beobachtungsprotokolle explizit nicht als „Anspruch einer empirischen Untersuchung“, sieht aber im Ergebnis positive Effekte. Aber was heißt das genau, wenn man bspw. in der Kinder- & Jugendpsychiatrie unter einer >Normalisierungs-Flagge< segelt (vgl. Becker & Koch, 1999: 173f., 179f.)? Fragen dieser Art lassen sich grundsätzlich bzw. auch bei anderen kinder- & jugendpsychiatrischen >ADHS & martial arts<-Bezügen/Arbeiten stellen – so auch bei der engagierten Arbeit von Weis (2018): Bei Weis (2018: 1ff.) kommen >traditional martial arts< bzw. Bogenschießen als *moving Zen* mit „meditative aspects and the physical and breathing practice“ zur gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern mit *ADHD* vor, wobei die Gruppentherapie den Vorzug ggü. der Individualtherapie erhalten kann, da bei letzterer „the problems associated with attention and concentration disorder often do not arise in real time“ (Weis, 2018: 3). Weis (2018: 4f.) betont, dass „we do not pretend to teach Zen art, but to use different aspects of Zen and meditation [...] in the exercise of the archery to raise self-awareness and self-control“ und insg. liegt der Gruppenschwerpunkt „on activity rather than on conversations“. Die *group sessions* verlaufen (vgl. Weis, 2018: 5ff.) von einer (meditativen) Eröffnungsphase mit anschließenden *warm up games* über *Kata* & Arbeit mit/am Bogen hin zu einem leichteren Ausklang:

„[W]e sit again in the Seiza posture and perform zazen [...], shorter than the opening. The goal is [...] to hold a ceremony that will close the process and make a short relaxation, and not to perform meditation again, which proved to be very difficult for the children at this stage of the encounter. After finishing, we have a short conversation that can include feedback, listening to an important story that a child brought to the meeting, references to events that occurred during the meeting, technical announcements or [...] to the process and the stage in which the group is in the program“ (Weis, 2018: 9).

Im Kursverlauf kam es darüber hinaus aber noch zu Ergänzungen & Anpassungen, so Weis (2018: 9f.):

„[W]orking with archery in a therapeutic group has organizational and feedback aspects that are appropriate for a behavioural approach. However, we have seen that after a period of several months, children with ADHD have difficulty meeting the group's demands and limitations. At this stage, we have added a behavioural program that we call artificial because it is worn on the group work as an external factor that helps to organize, with the goal that in later stages of the group, this support will no longer be needed. Suigall Ripoche points out that the way to control consciousness through meditation requires motivation, discipline and training [...]. However, it seems that to enable children with attention deficit hyperactivity disorder to experience order in their inner world, and to help motivate them to act for long-term goals, we better use some degree of the behavioural program [...]. In behavioural program, which supports the process that the children undergo in the group, each of the stages described so far can give each child a number of points according to his level of cooperation and investment. Each point entitles one arrow to the bow shooting stage. After each stage, we made a time-out and each child received feedback about his behaviour at the stage and the number of points he had accumulated so far. Also, there are bonuses for ongoing investment from meeting to meeting. The implementation of the program created a change and immediate mobilization among most of the children. In this way, the behavioural approach succeeds in forming a framework that contains and supports the outside in the spiritual and physical work done in the group. Although there seems to be a philosophical contradiction by combining an approach such as shaping behaviour, within the framework of Zen Buddhism thinking and practicing, it seems that oriental approaches such as Tao, emphasize the common existence of opposite ends within one whole unity, the concept of unity of opposites“.

Im Anschluss bringt Weis (2018: 10ff.) zwei Fallbeispiele mit positivem oder mutmachendem Verlauf, bevor er zur Diskussion kommt und die Fallbeispiele auf ihre Gruppenbegrenztheit verortet, die geringe Gruppengröße konstatiert sowie für die gesamte [hier, aber evtl. nicht nur] ADHS-gruppenbezogene Bogen- & Verhaltensarbeit – welche „combines the physical and spiritual infrastructure of TMA, with a philosophy influenced by Zen Buddhism and a support of the behavioural approach“ – festhält:

„Through this combination, which seems especially suitable for children with ADHD, participant enjoyed improved awareness and self-control and enhanced sense of familiarity and control over their bodies. They developed a capacity to stay in the 'here and now', and allow thoughts, memories and plans, from the past or the future, to continue to flow, thereby enabling themselves to be more focused and relaxed in what they are doing in the present. These qualities, which are acquired and internalized by the participants, can assist them in various functions later on in their lives: In school, in their families, and in the social contacts that lie ahead of them“ (Weis, 2018: 12 [sic!]).

Dem sei hier beigepflichtet und beigestanden – allerdings war es ein Hauptanliegen dieses Textes auf andere/weitere Lesarten von bzw. Sichtweisen auf AD(H)S mit hinzuweisen, wobei Neurodiversität bzw. neurodivergente Menschen(gruppen) hier erneut genannt seien und darüber hinaus sei – in einem pädagogischen Kontext, aber sicher auch mit Ausstrahlung ins Therapeutische bzw. gesellschaftliche hinein – gen Ende noch einmal folgendes prägnant angeführt:

„ADHS macht für Disziplinlosigkeit eine Krankheit verantwortlich“, wo mit Medikamenten angerückt wird anstatt die Frage zu stellen, ob die >Symptome< nicht „eventuell ein *Produkt* der Schule sind“ bzw. Aufmerksamkeit und Interesse zusammenzubringen (stundenlanges Sport treiben oder Videospiele werden angeführt), Resilienz & Frustrationstoleranz sind neue Erziehungsziele und legen mit Blick auf Lebenstauglichkeit v.a. ein >Aushalten dieser Welt< nahe – so zumindest Huisken (2016: 11, 49ff., 385ff.), der fragt, ob Erziehung nicht einen Beitrag zu >Änderung dieser Welt< leisten müsse...

Zum Abschluss: Sicher – neben diesen groß-abstrakteren Aspekten/Anfragen können sich im Kleineren konkrete Herausforderungen zeigen (s.a. Deimel & Thimme, 2021: 131ff.; Ströhle & Bendau, 2025: 259f.):

„Durch die neurophysiologischen und neuropsychologischen Untersuchungen wird immer klarer, dass ADHS-Betroffene ihre Aufmerksamkeit nur durch ausreichend starke, emotional zumindest neutral oder positiv bewertete Reize aktivieren können. Entsprechend können sie nicht gleichbleibend innerlich situationsangemessen aktiviert sein, wenn sie plötzlich etwas rein subjektiv schwierig oder langweilig finden, da sie sich emotional nicht richtig selbst regulieren können. Durch die Probleme im Stirnhirn funktioniert die willentliche Anstrengungsaktivierung nicht ausreichend – die Aufmerksamkeitsaktivierung erfolgt bei ADHS sehr schnell und zuverlässig, wenn entsprechende »Basismotive« gegeben sind:

Sie funktionieren gut, wenn sie »Sieger« oder »Gewinner«, »Erster«, »Bester« oder »Chef« sein können, selbstbestimmt agieren können, Herausforderung spüren z. B. beim körperlichen Arbeiten, Helfen in der Not, im Hochrisiko, beim Aufspüren, Entdecken, Erforschen von subjektiv Interessantem, Sorgen für Gerechtigkeit – oder auch bei grenzüberschreitendem Verhalten. Sonst »geht« es nicht, der Betroffene kommt nicht »in die Gänge«, wirkt plötzlich erschöpft, müde, ihm fällt nichts ein etc. Diese »Andersartigkeit« der Aufmerksamkeitsaktivierung scheint ein Haupt-Handicap zu sein: Daher ist nichts »einfach«, Betroffene können sich schlicht nicht einfach »einschalten« durch ihren Willensimpuls. Entsprechend ist es so unendlich mühsam, z. B. regelmäßige Routinen abarbeiten zu sollen oder sich an subjektiv Schwieriges dranzusetzen. Menschen mit ADHS sind in ihrer sehr schnellen Art, eine Situation oder eine Aussage zu analysieren und zu bewerten, tatsächlich ihrem Gefühl »ausgeliefert«.

Menschen mit ADHS sind

- schnell frustriert (ein kleiner Frust gerät schnell zur substanziellen Frustration),
 - wenn man nicht sofort versteht/verstanden wird,
 - wenn man nicht sofort etwas machen kann,
 - was aber oft schnell wieder vorbeigeht.
- schnell verletzt,
 - wenn jemand nicht ausreichend geduldig ist oder subjektiv nicht genügend Interesse zeigt,
 - wenn jemand etwas Kritisches sagt oder in der Mimik Skepsis signalisiert (alles auf sich beziehend).
- schnell irritiert
 - mit dem Wunsch, schnell etwas klären zu wollen, z. B. bei Aussagen, die spontan als nicht angemessen erscheinen.
- schnell entmutigt, wenn etwas nicht sofort klappt mit der Folge,
 - rasch hoffnungslos zu werden,
 - zu schnell aufzugeben,
 - erst gar nicht an etwas heranzugehen.
- schnell beunruhigt
 - mit Angst vor dem, was noch kommen könnte,
 - mit Angst vor Neuem [...].

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS haben oft eine unglaublich gute Aufnahmefähigkeit und Gedächtnisleistung – aber eben nur für alles »Spannende« und besonders für Fehler anderer Personen! Bei Eigeninteresse können sie sich derart extrem konzentrieren, dass die Welt um sie herum regelrecht zu versinken scheint im »Hyperfokus« (z. B. am PC, beim Bauen mit Lego, beim Erlernen einer faszinierenden Sportart). Jedoch können sie sich schlecht von dieser Situation auf eine neue (nicht so tolle) Situation umstellen. Erscheint etwas schwierig oder langweilig oder ist die Person in irgendeiner Form schwierig bezüglich der Wortwahl, im Tonfall oder in der Mimik, erfolgt bei von ADHS Betroffenen ein willentlich nicht abbremsbarer sofortiger Stimmungsabfall mit einhergehendem Abfall der Aufmerksamkeit und der inneren Wachheit. Beobachtbar wird dann regelrecht ein »Wegdriften« und schlagartiges Ermüden (mit Gähnen, sich Räkeln, mit irgendetwas Spielen). Dieses »Abschalten« des Gehirns bedeutet leider, dass dann der Zugriff zu dem im Langzeitgedächtnis gespeicherten Wissen nicht im vollen Ausmaß möglich ist, unabhängig davon, wie alt, wie intelligent die Betroffenen sind oder wo auf der Welt sie wohnen (vgl. Neuhaus, 2020: 59f., 66).

Wie geht Kampfkunst in/als/und Therapie damit um? Da das Kind in seinem Kontext (Lebenswelt, *social world*) im Mittelpunkt stehen sollte, können bspw. Fragen der >Titrierung< als „Einstellung der Medikation nach individuellen Bedürfnissen“, sowie andere ADHS-relevante oder angrenzende Bereiche wie Schlaf(störungen) Berücksichtigung finden (vgl. teilthematisch: Claussen & Seifritz, 2024: 297ff., 321ff.; Gawrilow, 2023: 171; Geddes et al., 2020: 299ff., 1113ff.; Neuhaus, 2020: 119ff.; Petzold & Ramin, 1991: 9f., 360ff.; Sperry, 2016: 100ff., 954f., 1039ff.; 2022: 321ff., 323ff.; Steinhausen et al., 2024: 235ff.; Tebartz van Elst et al., 2024: 289ff., 939ff.). Und damit sei hiesiger Einblicks-/Orientierungstext beendet.

Quellenverzeichnis

Alix, Sarah (2024): *The Neurodiversity Handbook for Teaching Assistants and Learning Support Assistants: A Guide for Learning Support Staff, SENCOs and Students*. London & New York: Routledge.

Almashat, Nada (2017): *The effect of martial art training on children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review*.

In: *Journal of Psychiatry*, Volume 20, Issue 4 (Suppl), p. 62.

Ante, Thorsten (2024): *Therapeutisches Boxen*.

In: *Psychosoziale Umschau*, Ausgabe 3/2024, S. 12-13.

Beauchaine, Theodore P. & Hinshaw, Stephen P. (Editors) (2016): *The Oxford Handbook of Externalizing Spectrum Disorders*. New York: Oxford University Press.

Becker, Peter & Koch, Josef (Hrsg.) (1999): *Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie*. Weinheim & München: Juventa.

Bertilsdotter Rosqvist, Hanna & Jackson-Perry, David (Editors) (2024): *The Palgrave Handbook of Research Methods and Ethics in Neurodiversity Studies*. Cham: Palgrave Macmillan [Springer].

Bertilsdotter Rosqvist, Hanna / Chown, Nick / Stenning, Anna (Editors) (2020): *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm*. Abingdon & New York: Routledge.

Bilstein, Johannes & Ecarius, Jutta (Hrsg.) (2009): *Standardisierung – Kanonisierung: Erziehungswissenschaftliche Reflexionen*. Wiesbaden: Springer VS, 1. Auflage.

Boyle, Gregory J. ([Main] Editor) (2023): *The SAGE Handbook of Clinical Neuropsychology: Clinical Neuropsychological Assessment and Diagnosis*. London: SAGE.

Bröscher, Nicole / Lindel, Charlotte / Schadow, Thora (2022): *Unerwartete Perspektiven der Schulpsychologie: ADHS, Kindeswohl, Wut, Mobbing, Prüfungsangst, Schulschwänzen*. Wiesbaden: Springer.

Bühning, Petra (2018): *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Eingeschränkter Konsens*.

In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 8 (August 2018), S. 358.

Cancilla, Charles Edward (2016): *Mindfulness Martial Arts Training Versus Traditional Martial Arts Training as Support for Improved Academic Performance in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy at Fielding Graduating University. Online: [ProQuest \[ProQuest Number: 10170165\]](#) (2025-03-09).

Claussen, Malte Christian & Seifritz, Erich (Hrsg.) (2024): *Lehrbuch der Sportpsychiatrie und -psychotherapie – Band 2: Sport und Bewegung bei psychischen Erkrankungen*. Bern: Hogrefe, 1. Auflage.

Cureton, Adam & Wasserman, David (Editors) (2020): *The Oxford Handbook of Philosophy and Disability*. New York: Oxford University Press.

Deimel, Hubertus (Hrsg.) (2012): *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung*. Sankt Augustin: Academia, 1. Auflage.

Deimel, Hubertus & Thimme, Till (Hrsg.) (2021): *Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters*. Baden-Baden: Academia, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage.

Dörner, Klaus et al. (Hrsg.) (2019): *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 25. Auflage.

Drüe, Gerhild (2007): *ADHS kontrovers: Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit*. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Ellis, Katie / Kent, Mike / Cousins, Kim (Editors) (2025): *The Routledge International Handbook of Critical Disability Studies*. Abingdon & New York: Routledge.

Feinstein, Sheryl (2006): *The Praeger Handbook of Learning and the Brain (2 Volumes)*. Westport: Praeger.

Finley, Laura L. (Editor) (2011): *Encyclopedia of School Crime and Violence (2 Volumes)*. Santa Barbara: ABC-CLIO.

Frölich, Jan / Döpfner, Manfred / Banaschewski, Tobias (2021): ADHS in Schule und Unterricht: Pädagogisch-didaktische Ansätze im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts. Stuttgart: Kohlhammer, 2., aktualisierte Auflage.

Fung, Lawrence K. (Editor) (2021): Neurodiversity: From Phenomenology to Neurobiology and Enhancing Technologies. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.

Garner, Philip / Kauffman, James / Elliott, Julian (Editors) (2014): The SAGE Handbook of Emotional and Behavioral Difficulties. London: SAGE, 2nd Edition.

Gawrilow, Caterina (2023): Lehrbuch ADHS: Modelle, Ursachen, Diagnose, Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag [UTB], 3., aktualisierte Auflage.

Geddes, John R. / Andreasen, Nancy C. / Goodwin, Guy M. (Editors) (2020): New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 3rd Edition.

Gilbert, Keith (Editor) (2014): Fighting: Intellectualising Combat Sports. Champaign: Common Ground Publishing.

Götzsche, Peter C. (2016): Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen: Wie Ärzte und Pharmaindustrie die Gesundheit der Patienten vorsätzlich aufs Spiel setzen. München: riva.

Hölzel, Lars & Berger, Mathias (Hrsg.) (2024): ICD-11 – Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung. Berlin: Springer.

Hölter, Gerd [Hrsg.] (2011): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Honkasilta, Juho & Koutsoklenis, Athanasios (2022): The (Un)real Existence of ADHD—Criteria, Functions, and Forms of the Diagnostic Entity.

In/Als: [Frontiers in Sociology, Volume 7, Article 814763](#) (2025-03-09).

Huisken, Freerk (2016): Erziehung im Kapitalismus: Von den Grundlügen der Pädagogik und dem unbestreitbaren Nutzen der bürgerlichen Lehranstalten. Hamburg: VSA, überarbeitete und erweiterte Neuausgabe.

[IBT] (1/2008): Ausgabe Nr. 1/2008 der Zeitschrift Integrative Bewegungstherapie.

Kasten, Erich & Müller-Alcazar, Anett (2023): Einführung Neuropsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag [UTB], 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Kemmerich, Rudolf (2017): ADHS von A bis Z: Kompaktes Praxiswissen für Betroffene und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Kirsten, Heiko & Gutmann, Jonathan (2017): Der pure Wahnsinn: Cartoons aus der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Köhler, Thomas (2019): Biologische Grundlagen psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 3., überarbeitete Auflage.

Lachenmeier, Heiner (2024): Mit ADHS erfolgreich im Beruf: So wandeln Sie vermeintliche Schwächen in Stärken um. Berlin: Springer, 2. Auflage.

Linderkamp, Friedrich & Lüdeke, Sören (2019): Metaanalyse zur Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen bei ADHS im Kindes- und Jugendalter.

In: Kindheit und Entwicklung, Jahrgang 28, Ausgabe/Nummer 2, S. 85–95.

Lindmeier, Christian / Grummt, Marek / Richter, Mechthild (Hrsg.) (2023): Neurodiversität und Autismus. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Mackowiak, Katja & Schramm, Satyam Antonio (2016): ADHS und Schule: Grundlagen, Unterrichtsgestaltung, Kooperation und Intervention. Stuttgart: Kohlhammer, 1. Auflage.

Marlock, Gustl & Weiss, Halko (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Márquez-Castillo, Ramfis (2013): Martial Arts and ADHD: A Meta-Analysis. Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy at Walden University. Online: [ProQuest \[UMI Number: 3595201\]](#) (2025-03-09).

Matson, Johnny L. (Editor) (2023): Clinical Handbook of ADHD Assessment and Treatment Across the Lifespan. Cham: Springer.

Neuhaus, Cordula (2020): ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer, 5., erweiterte und überarbeitete Auflage.

O'Reilly, Michelle & Lester, Jessica Nina (Editors) (2015): The Palgrave Handbook of Child Mental Health: Discourse and Conversation Studies. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

O'Reilly, Michelle & Lester, Jessica Nina (Editors) (2016): The Palgrave Handbook of Adult Mental Health: Discourse and Conversation Studies. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ohlmeier, Martin & Roy, Mandy (Hrsg.) (2021): ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen: Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene. Stuttgart: Kohlhammer, 2., überarbeitete Auflage.

Perrez, Meinrad & Baumann, Urs (Hrsg.) (2011): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber, 4., aktualisierte Auflage.

Petzold, Hilarion & Ramin, Gabriele (Hrsg.) (1991): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn: Junfermann, 2. Auflage.

Petzold, Hilarion / Sieper, Johanna / Orth, Ilse (2000/2002) [Neueinstellung 2019]: Eine „Dritte Welle“ der Integrativen Therapie im neuen Millennium – vertiefende Projekte und ko-kreative Polyloge zu Natur, Kunst/Kultur und Ökologie integrativ-humantherapeutischer Theorie und Praxis-Transgressionen II.

In/Als: [POLYLOGE. Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ \(peer reviewed\) – 05/2019](#) (2025-03-09).

Pujari, Venkateswar (2024): Martial Arts as a Tool for Enhancing Attention and Executive Function: Implications for Cognitive Behavioral Therapy – A Literature Review.

In: Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences, Volume 16, Supplement 1, pp. S20-S25.

Rohde, Luis Augusto et al. (Editors) (2019): The World Federation of Guide ADHD. Porto Alegre: Artmed.

Ruhmland, Martina & Christiansen, Hanna (2022): Praxiswissen ADHS: Unterstützung im Lebenslauf. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmechel, Cora / Dion, Fabian / Dudek, Kevin / Roßmüller Mäks* (Hrsg.) (2015): Gegendiagnose: Beiträge zur radikalen Kritik an Psychiatrie und Psychologie. Münster: edition assemblage, 1. Auflage.

Schmidt, Hans-Reinhard (2019): Ich lerne wie ein Zombie! Plädoyer für das Abschaffen von ADHS. Wiesbaden: Springer, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage.

Sjöberg, Mattias Nilsson & Dahlbeck, Johan (2017): The inadequacy of ADHD: a philosophical contribution.

In: Emotional and Behavioural Difficulties, Volume 23, Issue 1, pp. 97-108.

Sperry, Len (Editor-in-Chief) (2016): Mental Health and Mental Disorders: An Encyclopedia of Conditions, Treatments, and Well-Being (3 Volumes). Santa Barbara: Greenwood [ABC-CLIO].

Sperry, Len (Editor) (2022): Teen Mental Health: An Encyclopedia of Issues and Solutions. Santa Barbara: Greenwood [ABC-CLIO].

Spring, Charles & Ramkissoon, Haywantee (2024): Martial Arts Interventions for Inclusion and Wellness: A Case of Children with Special Educational Needs and Disability (SEND).

In: International Journal of the Sociology of Leisure, Volume 7, Issue 4, pp. 341–357.

Steinberg, Shirley R. / Kehler, Michael / Cornish, Lindsay (Editors) (2010): Boy Culture: An Encyclopedia (2 Volumes). Santa Barbara: Greenwood [ABC-CLIO].

Steinhausen, Hans-Christoph et al. (Hrsg.) (2024): Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Stuttgart: Kohlhammer, 3., aktualisierte Auflage.

Ströhle, Andreas & Bendau, Antonia (Hrsg.) (2025): Bewegung, Sport und Mind-Body-Intervention: Psychische Gesundheit und psychische Krankheit. München: Elsevier, 1. Auflage.

Tebartz van Elst, Ludger (2018): Autismus und ADHS: Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Auflage.

Tebartz van Elst, Ludger / Schramm, Elisabeth / Berger, Mathias (Hrsg.) (2024): Psychiatrie und Psychotherapie: Klinik und Therapie psychischer Erkrankungen. München: Elsevier, 7. Auflage.

Thimme, Till / Chermette, Chloé / Deimel, Hubertus (Hrsg.) (2023): Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen in der Lebensspanne. Baden-Baden: Academia [Nomos], 1. Auflage.

Thimme, Till / Deimel, Hubertus / Hölter, Gerd (2021): Bewegung und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. Stuttgart: Schattauer [J. G. Cotta].

Trait, Gordon (2005): The ADHD debate and the philosophy of truth.
In: International Journal of Inclusive Education, Volume 9, Issue 1, pp. 17–38.

Watson, Nick & Vehmas, Simo (Editors) (2020): Routledge Handbook of Disability Studies. Abingdon & New York: Routledge, 2nd Edition.

Weis, Gabo (2018): Child and Adolescents Group Therapy with Traditional Archery. Freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Original in Hebräisch in: "Sihot" – Dialogue: Israel Journal of Psychotherapy, Volume 19, Issue 2, March, 2005.

Wiethäuper, Holger (2020): Die Akteursperspektive im Kampfkunstraining: Rekonstruktive Studie zu handlungsbezogenen Orientierungen im Umgang mit Übungspartnern. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Wilson, Barbara A. et al. (Editors) (2017): Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook. Abingdon & New York: Routledge.

Wolters, Jörg-Michael (2018): Bewegung-Begegnung-Besinnung. Budo als Körper(psycho)therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
In: körper – tanz – bewegung, Jahrgang 6, Nummer 4, S. 159-166.

Wolters, Jörg-Michael & Fußmann, Albert (Hrsg.) (2008): Budo-Pädagogik. Kampf-Kunst in Erziehung, Therapie und Coaching. Augsburg: Ziel.

Zimpel, André Frank (2024): Anders heißt nicht krank – Neurodiversität.
In: ErgoPraxis – das Fachmagazin für Ergotherapie, Volume 17, Ausgabe 4, S. 24-28[29].