

# KUNSTTHERAPIE BEI ADS

## *STUDIE ZUR WIRKSAMKEIT EINER TRIMODALEN NICHT-MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE BEI SCHÜLERINNEN ZWEIER SONDERSCHULEN FÜR ERZIEHUNGSHILFE*

Inaugural-Dissertation zur Erlangung  
des Doktorgrades der  
Heilpädagogischen Fakultät der  
Universität zu Köln

im Fach HEILPÄDAGOGISCHE  
PSYCHIATRIE UND  
PSYCHOTHERAPIE

vorgelegt von CORINNA ALLES  
aus OBERKIRCHEN  
KÖLN, 2004

**ERSTER GUTACHTER:** Prof. Dr. med. Roland Schleiffer

**ZWEITER GUTACHTER:** Prof. Dr. phil. Jörg Fengler

**TAG DER MÜNDLICHEN PRÜFUNG (DISPUTATIO):** 15.12.2004

---

## INHALTSÜBERSICHT

1	EINLEITUNG.....	1
2	STÖRUNGSBILD ADS.....	5
3	UNTERSUCHUNGSZIEL UND HYPOTHESEN.....	100
4	METHODE.....	101
5	ERGEBNISSE .....	145
6	DISKUSSION .....	172
7	FAZIT .....	184

---

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>INHALTSÜBERSICHT .....</b>	<b>I</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS.....</b>	<b>II</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>V</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>IX</b>
<b>VORWORT.....</b>	<b>XII</b>
<b>1 EINLEITUNG.....</b>	<b>1</b>
<b>2 STÖRUNGSBILD ADS.....</b>	<b>5</b>
2.1 Historie .....	6
2.2 Definition .....	14
2.3 Pathogenese .....	18
2.4 Prävalenz .....	21
2.5 Ätiologie.....	23
2.5.1 Biologisch-ätiologische Aspekte .....	24
2.5.2 Psychosozial-ätiologische Aspekte.....	29
2.6 Komorbidität .....	32
2.7 Differenzialdiagnose .....	38
2.8 Therapeutische Möglichkeiten.....	41
2.8.1 Multimodale Therapien .....	43
2.8.2 Medikamentöse Therapie .....	46
2.8.2.1 Stimulanzen .....	50
2.8.2.2 Antidepressiva .....	54
2.8.2.3 Neuroleptika .....	55
2.8.2.4 Antihypertensiva .....	55
2.8.2.5 Atomoxetine.....	56
2.8.2.6 Homöopathie und Naturheilkunde .....	56
2.8.3 Diät .....	58

---

2.8.3.1	Nahrungsmittelergänzungen.....	60
2.8.3.2	Vitamin-Therapie .....	62
2.8.4	Elternberatung .....	62
2.8.5	Psychotherapie .....	68
2.8.5.1	Verhaltenstherapie.....	68
2.8.5.2	Tiefenpsychologie.....	74
2.8.6	Ergotherapie .....	78
2.8.6.1	Sensorische Integration .....	80
2.8.6.2	Snoezelen.....	82
2.8.6.3	Mototherapie.....	83
2.8.6.4	Psychomotorik .....	83
2.8.6.5	Therapeutisches Reiten.....	86
2.8.7	Spieltherapie.....	87
2.8.7.1	Theraplay.....	89
2.8.7.2	Personenzentrierte Spieltherapie.....	90
2.8.8	Logopädie .....	91
2.8.9	Kunsttherapie .....	92
2.8.9.1	Bildsprache als Diagnoseinstrument für ADS .....	93
2.8.9.2	Bildsprache zur Arbeit mit dem Körperbild.....	94
2.8.10	Musiktherapie .....	96
2.8.11	Pseudowissenschaftliche Ansätze.....	97
2.9	Folgerung aus den dargestellten Verfahren .....	98
<b>3</b>	<b>UNTERSUCHUNGSZIEL UND HYPOTHESEN.....</b>	<b>100</b>
<b>4</b>	<b>METHODE.....</b>	<b>101</b>
4.1	Stichprobe .....	101
4.1.1	Probanden .....	102
4.1.2	Störfaktoren .....	104
4.2	Trimodale Therapie .....	106
4.2.1	Therapieziel .....	106
4.2.2	Therapiemodule.....	107
4.2.2.1	Kunsttherapie nach Limberg.....	108
4.2.2.2	Bauchatmung nach Ko .....	116
4.2.2.3	Meditation nach Ko .....	118
4.2.3	Die Therapiestunde .....	121
4.2.3.1	Sitzungsbeginn - Bildbesprechung .....	121

---

4.2.3.2	Konzentrationsphase .....	121
4.2.3.3	Malspiele und eigenständiges Arbeiten .....	122
4.2.3.4	Aufgabenstellungen .....	125
4.2.3.5	Intervention .....	129
4.2.3.6	Bewegung .....	131
4.3	Evaluation .....	131
4.3.1	Wissenschaftliche Fundierung nach Klingberg .....	131
4.3.1.1	Therapieziele und geeignete Messverfahren .....	132
4.3.1.2	Therapierationale .....	133
4.3.1.3	Deskription des Therapieprozesses .....	134
4.3.1.4	Zusammenhang von Prozess und Outcome .....	134
4.3.1.5	Richtlinien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie .....	135
4.3.2	Eingesetzte psychometrische Testverfahren .....	136
4.3.2.1	FBB-HKS .....	137
4.3.2.2	FBB-SSV .....	138
4.3.2.3	PFK 9-14 .....	139
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>145</b>
5.1	Exemplarische Einzelfalldarstellung und Verlaufsphasen .....	145
5.2	Analyse der Verläufe .....	152
5.3	Testergebnisse .....	155
5.3.1	FBB-HKS im Prä-Post-Vergleich .....	156
5.3.2	FBB-SSV im Prä-Post-Vergleich .....	165
5.3.3	PFK 9-14 im Prä-Post-Vergleich .....	167
<b>6</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>172</b>
6.1	Diskussion der Testergebnisse .....	172
6.2	Diskussion zur Bedeutung von Psychotherapieforschung .....	180
<b>7</b>	<b>FAZIT .....</b>	<b>184</b>
<b>ANHANG .....</b>		<b>187</b>
Abbildungen .....		187
Tabellen .....		197
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>		<b>209</b>

---

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<b>Abb. 1:</b>	Diagramm zu FBB-HKS – <i>unaufmerksam</i> – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit und ohne Schulwechsel	159
<b>Abb. 2:</b>	Diagramm zu FBB-HKS – <i>unaufmerksam</i> – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit Schulwechsel	160
<b>Abb. 3:</b>	Diagramm zu FBB-HKS – <i>unaufmerksam</i> – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Gesamtgruppen mit und ohne Schulwechsel	161
<b>Abb. 4:</b>	Diagramm zu FBB-HKS – <i>unaufmerksam</i> – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe ohne Schulwechsel	162
<b>Abb. 5:</b>	Diagramm zu FBB-HKS – <i>hyperaktiv</i> – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Gruppen ohne Schulwechsel	164
<b>Abb. 6:</b>	Diagramm zu Veränderungen des Faktors 'Selbstaufwertung' bei Probanden ohne Schulwechsel	171
<b>Abb. 7:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Tab. 14	173
<b>Abb. 8:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 1	174
<b>Abb. 9:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 2	175
<b>Abb. 10:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 3	176
<b>Abb. 11:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 4	177
<b>Abb. 12:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 5	178
<b>Abb. 13:</b>	Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 6	179
<b>Abb. 14:</b>	Entwicklungspfade nach Bowlby	187
<b>Abb. 15:</b>	Vorderseite des FBB-HKS	188
<b>Abb. 16:</b>	Vorderseite des FBB-SSV	189
<b>Abb. 17:</b>	Antwortseite 1 von 4 zu Motive	190
<b>Abb. 18:</b>	Ergebnisblatt PFK 9-14	191
<b>Abb. 19:</b>	Aquarell 1 – Schnörkelspiel mit Überschneidungen	192
<b>Abb. 20:</b>	Aquarell 2 – Schnörkelspiel ohne Überschneidungen	192
<b>Abb. 21:</b>	Aquarell 3 – Schnörkelspiel mit Übermalungen	192
<b>Abb. 22:</b>	Aquarell 4 – Formenspiel	192
<b>Abb. 23:</b>	Aquarell 5 – Phantasielandschaft	192

---

<b>Abb. 24:</b>	Aquarell 6 – Tierspiel	192
<b>Abb. 25:</b>	Aquarell 7 – Zwei Farben kämpfend	193
<b>Abb. 26:</b>	Aquarell 8 – Zwei Farben getrennt	193
<b>Abb. 27:</b>	Aquarell 9 – Zwei Farben miteinander	193
<b>Abb. 28:</b>	Aquarell 10 – Spiegelbild	193
<b>Abb. 29:</b>	Aquarell 11 – Alle Aufgaben in einem Bild	193
<b>Abb. 30:</b>	Aquarell 12 – Zwei Aufgaben in einem	193
<b>Abb. 31:</b>	Aquarell 13 – Viereck mit Zentrum	194
<b>Abb. 32:</b>	Aquarell 14 – Gerahmtes Viereck	194
<b>Abb. 33:</b>	Aquarell 15 – Weißer Rahmen	194
<b>Abb. 34:</b>	Aquarell 16 – zwei Farben ineinander fließend	194
<b>Abb. 35:</b>	Aquarell 17 – Zwei Farben beieinander	194
<b>Abb. 36:</b>	Aquarell 18 – Zwei Farben gleich groß beieinander	194
<b>Abb. 37:</b>	Aquarell 19 – Zwei Farben getrennt gleich groß	195
<b>Abb. 38:</b>	Aquarell 20 – Gelb	195
<b>Abb. 39:</b>	Aquarell 21 – Gelb schlafend	195
<b>Abb. 40:</b>	Aquarell 22 – Gelb brennend	195
<b>Abb. 41:</b>	Aquarell 23 – Zitronengelb mit Goldgelb	195
<b>Abb. 42:</b>	Aquarell 24 – Weißes Viereck auf weißem Grund	195
<b>Abb. 43:</b>	Aquarell 25 – Zufällig-Konzentrisches Viereck	196
<b>Abb. 44:</b>	Aquarell 26 – Gewollt-Konzentrisches Viereck	196
<b>Abb. 45:</b>	Aquarell 27 – Konzentrisches Viereck aus Lieblingsfarben	196
<b>Abb. 46:</b>	Aquarell 28 – Vierecke mit rotem Streifen	196
<b>Abb. 47:</b>	Aquarell 29 – Vierecke mit Gold	196
<b>Abb. 48:</b>	Aquarell 30 – Geschützter Mittelpunkt	196

## TABELLENVERZEICHNIS

<b>Tab. 1:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden ohne Schulwechsel	156
<b>Tab. 2:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden mit Schulwechsel	157
<b>Tab. 3:</b>	Innersubjektfaktoren, unaufmerksam	157
<b>Tab. 4:</b>	Tests der Innersubjektkontraste, unaufmerksam	158
<b>Tab. 5:</b>	Innersubjektfaktoren, hyperaktiv	163
<b>Tab. 6:</b>	Tests der Innersubjektkontraste, hyperaktiv	163
<b>Tab. 7:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden ohne Schulwechsel	166
<b>Tab. 8:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden mit Schulwechsel	166
<b>Tab. 9:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden mit Schulwechsel	168
<b>Tab. 10:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden ohne Schulwechsel	169
<b>Tab. 11:</b>	Innersubjektfaktoren, <i>Selbstaufwertung</i>	170
<b>Tab. 12:</b>	Tests der Innersubjektkontraste, <i>Selbstaufwertung</i>	170
<b>Tab. 13:</b>	Schule – Therapie – Testbeteiligung	197
<b>Tab. 14:</b>	Kriterienerfüllung nach FBB-HKS	198
<b>Tab. 15:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden ohne Schulwechsel	199
<b>Tab. 16:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden ohne Schulwechsel	200
<b>Tab. 17:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden ohne Schulwechsel	200
<b>Tab. 18:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden mit Schulwechsel	201
<b>Tab. 19:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden mit Schulwechsel	202
<b>Tab. 20:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden mit Schulwechsel	202
<b>Tab. 21:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel	202
<b>Tab. 22:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel	203
<b>Tab. 23:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel	204
<b>Tab. 24:</b>	Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel	204
<b>Tab. 25:</b>	Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel	205

---

<b>Tab. 26:</b> Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel	205
<b>Tab. 27:</b> Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel	205
<b>Tab. 28:</b> Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel	206
<b>Tab. 29:</b> Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel	207
<b>Tab. 30:</b> Deskriptive Statistik, PFK 9-14, Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel	207
<b>Tab. 31:</b> Deskriptive Statistik, FBB-HKS, Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel	208
<b>Tab. 32:</b> Deskriptive Statistik, FBB-SSV, Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel	208

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADD/ADD-H	Attention-Deficit-Disorder with or without Hyperactivity
ADHD	Attention-Deficit- and Hyperactivity-Disorder
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom
ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
APA	American Psychiatric Association
BPD	Borderline Personality Disorder
CT	Computertomografie
DAMP	Deficit of Attention, Motor Control and Perception
DCL	Diagnosecheckliste
DCL-HKS	Diagnosecheckliste zum Hyperkinetischen Syndrom
DCL-SSV	Diagnosecheckliste zur Störung des Sozialverhaltens
DNS	Desoxyribonukleinsäure
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vierte Ausgabe – Textrevision
DISYPS-KJ	Diagnostik-System f. psychische Störungen, Kinder u. Jugendliche
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
FBB	Fremdbeurteilungsbogen
FBB-HKS	Fremdbeurteilungsbogen zum Hyperkinetischen Syndrom
	u1m .....Unaufmerksamkeit, Prä-Testung, Mittelwert
	u2m .....Unaufmerksamkeit, Post-Testung, Mittelwert
	u3m .....Unaufmerksamkeit, Follow-Up-Testung, Mittelwert
	h1m .....Hyperaktivität, Prä-Testung, Mittelwert
	h2m .....Hyperaktivität, Post-Testung, Mittelwert
	h3m .....Hyperaktivität, Follow-Up-Testung, Mittelwert
	i1m .....Impulsivität, Prä-Testung, Mittelwert
	i2m .....Impulsivität, Post-Testung, Mittelwert
	i3m .....Impulsivität, Follow-Up-Testung, Mittelwert
	b1m .....Belastung, Prä-Testung, Mittelwert
	b2m .....Belastung, Post-Testung, Mittelwert
	b3m .....Belastung, Follow-Up-Testung, Mittelwert

---

FBB-SSV	Fremdbeurteilungsbogen zur Störung des Sozialverhaltens o1m ..... oppositionell-aggressiv, Prä-Testung, Mittelwert o2m ..... oppositionell-aggressiv, Post-Testung, Mittelwert o3m ..... oppositionell-aggressiv, Follow-Up-Testung, Mittelwert d1m ..... dissozial-aggressiv, Prä-Testung, Mittelwert d2m ..... dissozial-aggressiv, Post-Testung, Mittelwert d3m ..... dissozial-aggressiv, Follow-Up-Testung, Mittelwert s1m ..... streunt umher, Prä-Testung, Mittelwert s2m ..... streunt umher, Post-Testung, Mittelwert s3m ..... streunt umher, Follow-Up-Testung, Mittelwert k1m ..... kriminell, Prä-Testung, Mittelwert k2m ..... kriminell, Post-Testung, Mittelwert k3m ..... kriminell, Follow-Up-Testung, Mittelwert
fMRI	functional Magnetic Resonance Imaging
fMRT	funktionalen Magnet Resonanz Tomografie
GB	Großbritannien
HKS	Hyperkinetische Störung/Hyperkinetisches Syndrom
HFS	Hirnfunktionsstörung
ICD-10	International Classification of Diseases – zehnte Revision
MAO	Monoaminoxidase
Max	Maximumwert
MBD	Minimal Brain Damage
MCD	Minimale Cerebrale Dysfunktion
Min	Minimumwert
MRI	magnetic resonance imaging
MRT	Magnet-Resonanz-Tomografie
N	Stichprobengröße
NMDA	N-Methyl-d-Aspartat
p	Signifikanzniveau
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PET	Positronen-Emissions-Tomografie

PFK 9-14	<p>Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9-14 Jahren</p> <p>VS 1: ... Verhaltensstil 1 ..... Emotionale Erregbarkeit</p> <p>VS 2: ... Verhaltensstil 2 ..... Fehlende Willenkontrolle</p> <p>VS 3: ... Verhaltensstil 3 ..... Aktiv-extravertiertes Temperament</p> <p>VS4: .... Verhaltensstil 4 .... Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt</p> <p>MO4: ... Motiv 4 ..... Bereitschaft zu sozialem Engagement</p> <p>SB3: .... Selbstbild 3 ..... Selbsterleben von Impulsivität</p> <p>SB4: .... Selbstbild 4 ..... Egozentrische Selbstgefälligkeit</p> <p>er ..... Emotionale Erregbarkeit</p> <p>wi ..... Fehlende Willenkontrolle</p> <p>ex ..... Aktiv-extravertiertes Temperament</p> <p>sc ..... Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt</p> <p>so ..... Bereitschaft zu sozialem Engagement</p> <p>im ..... Selbsterleben von Impulsivität</p> <p>sa ..... Egozentrische Selbstgefälligkeit</p>
POS	Psycho-Organisches Syndrom
SBB	Selbstbeurteilungsbogen
SBB-HKS	Selbstbeurteilungsbogen zum Hyperkinetischen Syndrom
SBB-SSV	Selbstbeurteilungsbogen zur Störung des Sozialverhaltens
SLS	Spezifische Lernstörung
SPECT	Single Photon Emission Tomography
SSV	Störung des Sozialverhaltens
Std.abw.	Standardabweichung
THOP	Therapieprogramm zur Anleitung für Therapeutinnen und Ärzte
USA	United States of America
VK	gestörte Verhaltenskontrolle
VT	Verhaltenstherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WWW	World Wide Web
ZNS	Zentralnervensystem

## VORWORT

Therapien für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) dienen in erster Linie der Veränderung des Verhaltens der Betroffenen. Die Effizienz einer Therapie bemisst sich demgemäß am Grad der Reduzierung störenden Verhaltens.

Mit dem Blick auf die Möglichkeiten und Fähigkeiten von Kindern mit ADS wurde im Rahmen der im Folgenden beschriebenen Studie eine nicht-medikamentöse Therapie erprobt, deren oberstes Ziel die Stärkung der Bewältigungskraft ist. Auf diese Weise soll bei den Betroffenen die Fähigkeit zur Selbstregulierung (re)generiert werden. In der Annahme, dass ein solches Vorgehen auch messbare Veränderungen im Störungsbild evoziert, werden die Bildverläufe anonymisiert dargestellt und psychometrische Testverfahren ausgewertet. In Anbetracht der kleinen Probandengruppe von letztlich 21 SchülerInnen können die psychometrischen Ergebnisse jedoch lediglich als tendenzielle Aussage zur Effektivität der Intervention gewertet werden.

Einen herzlichen Dank:

Den SchülerInnen und LehrerInnen der Sonderschulen Blumentalstraße und Sülzgürtel in Köln für ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen,

Prof. Dr. med. Roland Schleiffer und Prof. Dr. phil. Jörg Fengler für die Beratung zur wissenschaftlichen Fundierung der Dissertation,

Dr. päd. Renate Limberg und Dipl. päd. Mandana Mesgarzadeh für die Beratung zur Kunsttherapie,

Dipl. math. Günter Marxen, Dipl. math. Haiko Lüpsen und Dipl. psych. Thilo Trump für die Beratung zur statistischen Auswertung,

Dipl. kaufm. Thorsten Windisch für seine beharrliche Beratung zur Formatierung und für die unermessliche Geduld,

Sonsanim Ko. Myong für die richtungsweisenden Fragen,

Rita und Ewald Alles für ihr Vertrauen und die liebevolle Unterstützung.

Köln, Dezember 2004, Corinna Alles

---

# 1 EINLEITUNG

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit Behandlungsmöglichkeiten des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms – im Folgenden kurz ADS genannt – und überprüft die Wirksamkeit einer bis dato unerprobten nicht-medikamentösen, trimodalen Methode aus Kunsttherapie, Konzentrationsübungen und Atemtechniken.

Wie Eric Taylor<sup>1</sup> feststellte, erhalten Kinder vornehmlich psychotherapeutische Hilfe, weil sie andere stören, als weil sie sich selbst nicht genügen. Eine solche Störung ist dadurch charakterisiert, dass ihr Verhalten dauerhaft (überdurchschnittlich häufiger als bei Kindern mit vergleichbarer Entwicklungsstufe) gegen allgemein akzeptierte Standards verstoße: Sie seien gewalttätig zu anderen, zerstörten deren Besitz oder brächen sonstige Regeln der Gesellschaft. Das störende Verhalten allein, so Taylor, mache aber noch keine Krankheit aus, sondern die Korrespondenz des Störverhaltens mit der Beeinträchtigung der persönlichen Entwicklung wie Lernfähigkeit, Finden und Erhalten von Freundschaften sowie das Beibehalten von Verhaltensmustern, die zu selbstevozierten leidvollen Erfahrungen führten, erforderten therapeutische Hilfe.

Jede Hilfe von pädagogischer oder therapeutischer Seite bedroht jedoch zunächst das autopoietische System eines Kindes, das in der Pädagogik als *erziehungsschwierig*<sup>2</sup> bezeichnet wird, in der Psychologie als *dissozial* oder als *Kind mit einer Störung des Sozialverhaltens*.<sup>3</sup> Tritt eine Störung des Sozialverhaltens in Komorbidität mit einer Störung der Aufmerksamkeit auf, wird therapeutische Hilfe vonseiten des betroffenen Kindes erst dann als notwendig empfunden, wenn es von seiner Umgebung die Rückmeldung erhält, dass sein Verhalten untragbar geworden ist. Diese Stufe wird meist dann erreicht, wenn durch Institutionen wie Kindergarten oder Schule neue Anforderungen an das Kind herangetragen werden, welche sich weder durch Duldung ignorieren noch durch einen Mehraufwand an Zuwendung erreichen lassen. Häufig ist es die Angst vor dem Ausscheiden des Kindes aus dem regulären

---

<sup>1</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 5.

<sup>2</sup> Kursive Hervorhebungen durch die Autorin bei sinngebenden und namhaften Bezeichnungen.

<sup>3</sup> Vgl. Schleiffer (1994), S. 4 f.; Schleiffer (1995), S. 199.

---

(Schul-) System, welche die Eltern dazu bewegt, professionelle Hilfe für ihre Kinder zu suchen.

Zu diesem Zeitpunkt haben die meisten Kinder schon gespürt, dass sie sich anders verhalten als andere. Ihr Bedürfnis nach sozialer Integration<sup>4</sup> wird ihnen aber durch selbstregulative Mechanismen in Form von Abwehr versperrt, sodass in der Regel alle integrativen Versuche des verhaltensauffälligen Kindes zu einer objektiven Verschärfung des Konfliktes führen.<sup>5</sup>

Die Abwehrmechanismen werden mit den gehäuften Erfahrungen von Hilflosigkeit wirksam, welche die Kinder mit Beginn ihrer Empfindungsfähigkeit machen. Z.B. mit Informationen, die aufgrund ihrer Quantität oder Qualität nicht entschlüsselt aber durchweg mit unvermittelter motorischer Abfuhr abgewehrt werden können. Muster des Verhaltens und Erlebens, die sich infolgedessen als Schemata manifestieren, sind nur schwierig zu verändern; denn eine Manifestation geschieht nicht nur auf affektlogischer und körperlicher Ebene des betroffenen Kindes, sondern spiegelt sich auch in den Erwartungen der Bezugspersonen wider.<sup>6</sup>

Da die Verstrickungen von Primär- und Sekundärfaktoren letztendlich kaum noch von einander zu unterscheiden sind, scheint Hilfe nur dann wirksam werden zu können, wenn sie auf verschiedenen Ebenen ansetzt und die Ressourcen des pathologischen Systems salutogenetisch wirksam macht. Das heißt, dass eine multimodale Therapie sowohl bei den nächsten Bezugspersonen – LehrerInnen und ErzieherInnen eingeschlossen – als auch beim Kind ansetzen müsste. Eine solche Therapie kann nicht für alle Teile des Systems die gleichen Module verwenden, muss aber als Ganzes wirksam werden.

Aber auch beim betroffenen Kind selbst deutet die Verquickung sowohl physischer als auch psychischer Mechanismen auf Wirkzusammenhänge hin, welche nicht mit einer rein physisch bzw. psychisch operativen Therapie verändert werden können. Mit der vorliegenden Forschungsarbeit wird daher die Wirkung einer Form von Therapie für die betroffenen Kinder untersucht, welche sowohl auf physischer als auch auf psychischer Ebene greifen soll.

---

<sup>4</sup> Vgl. Maslow (2002), S. 57 f.

<sup>5</sup> Vgl. Bärsch (1999), S. 210.

<sup>6</sup> Vgl. Bärsch (1999), S. 204 ff.

---

Im Folgenden soll in der Behandlung von Kindern, die unter ADS leiden, die Anwendung einer Form der Kunsttherapie in Kombination mit Konzentrationsübungen und Atemtechniken auf ihre eventuelle Wirksamkeit hin untersucht werden. Die Auswahl der Therapiemodule basiert auf deren unterschiedlichen Handlungsebenen und angenommenen Wirkungsbereiche:

- Die angewandte kunsttherapeutische Methode, welche in den 80er Jahren von Renate Limberg entwickelt wurde, möchte auf psychischer Ebene unter Nutzung bildnerischer Qualitäten die Steigerung der Bewältigungskraft erarbeiten und so das Verstehen und Ändern von Verhaltens- und Erlebensschemata ermöglichen.
- Die Atemtechniken und
- Konzentrationsübungen aus dem koreanischen Kulturkreis wurden als physiopsychologische Entspannungs- und Kräftigungsverfahren eingesetzt und sollten therapieunterstützend wirken.

Bis dato sind zu den verwendeten Modulen noch keine Evaluationsstudien bekannt. Ein generalisierender Anspruch auf Wirksamkeit soll aber auch durch diese Arbeit nicht erhoben werden. Statt dessen untersucht die vorliegende Studie, in welchem Maße die ressourcenorientierte Kunsttherapie nach Limberg in Kombination mit Konzentrationsübungen und Atemtechniken bei einer Gruppe von Kindern mit einer psychischen und sozialen Störung symptommindernd wirken kann.

Die Intervention wurde in Form von Einzeltherapie während des regulären Schulbetriebs an zwei Sonderschulen für Erziehungshilfe in Köln durchgeführt. Zur Feststellung etwaiger Veränderungen wurden die Kinder beider Schulen mit einem Persönlichkeitsfragebogen prä- (vor der therapeutischen Intervention), post- (im Anschluss an die Therapiephase) und follow-up- (sechs Monate nach Beendigung der Intervention) getestet, in jeweils eine Therapie- und Kontrollgruppe eingeteilt, und die LehrerInnen beantworteten zu allen drei Zeitpunkten jeweilig zwei symptombezogene Fremdbeurteilungsbogen.

Die Wirksamkeit der trimodalen Therapie wird anhand statistischer Auswertungen der psychologischen Tests und in Form einer exemplarischen Einzelfalldarstellung untersucht.

Die Studie ist folgendermaßen aufgebaut:

Während das erste Kapitel das Störungsbild beschreibt, werden im zweiten Kapitel bislang erprobte Therapien zusammengefasst und kommentiert.

Das dritte Kapitel stellt die Module der untersuchten therapeutischen Intervention dar, und das vierte Kapitel beschreibt das therapeutische Vorgehen.

In Kapitel fünf bis sieben wird das psychometrische Vorgehen aufgezeigt.

Das achte Kapitel befasst sich mit den Untersuchungsergebnissen und beleuchtet diese anhand einer Einzelfalldarstellung, einer Verlaufsanalyse und der Aufführung der Testergebnisse.

Kapitel neun diskutiert die Ergebnisse, und das zehnte Kapitel gibt zusammenfassend einen perspektivischen Ausblick für die Therapie bei ADS.

## 2 STÖRUNGSBILD ADS

Das **Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom**<sup>7</sup> (ADS), was einer Übersetzung der im DSM-III gewählten Bezeichnung **Attention-Deficit-Disorder** (ADD)<sup>8</sup> entspricht, auch **Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom** (ADHS) bzw. **Attention-Deficit-and-Hyperactivity-Disorder** (ADHD) genannt, wird im europäischen Raum nach dem ICD-10 mit dem Begriff **Hyperkinetische Störung**<sup>9</sup> bzw. **Hyperkinetisches Syndrom** (HKS) bezeichnet. Man unterscheidet dabei zwischen:

### „F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

Dazugehörige Begriffe:

- Aufmerksamkeitsdefizit bei
  - Störung mit Hyperaktivität
  - Hyperaktivitätsstörung
  - Hyperaktivem Syndrom (...)

### F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Dazugehöriger Begriff:

- Hyperkinetische Störung verbunden mit Störung des Sozialverhaltens

### F90.8 sonstige hyperkinetische Störungen

### F90.9 nicht näher zu bezeichneter hyperkinetische Störung

Dazugehörige Begriffe:

- Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Reaktion der Kindheit oder des Jugendalters,
- nicht näher bezeichnetes hyperkinetisches Syndrom.“<sup>10</sup>

In der Schweiz wird das Störungsbild mit **POS** (Psycho-Organisches Syndrom) bezeichnet, um den Zusammenhang zwischen psychischen und physischen Dispositio-

---

<sup>7</sup> Fettdruck in diesem Kapitel bei Erstnennung einer nosologischen Variante des ADS

<sup>8</sup> Vgl. APA (1980), S. 51 f.

<sup>9</sup> Vgl. WHO (1991), S. 285 ff.

<sup>10</sup> WHO (1991), S. 288 f.

nen deutlich zu machen.<sup>11</sup> In Skandinavien wiederum nennt man es **DAMP** (Deficit of Attention, Motor Control and Perception).<sup>12</sup>

**Hyperaktive Kinder, Hyperaktivitätsstörung, Zappelphilipp-Syndrom** sind umgangssprachliche Benennungen.

## 2.1 HISTORIE

Im Zusammenhang mit der neurobiologischen Perspektive dieser Funktionsstörung, welche sich mit der beeinträchtigten Aufnahme und Verarbeitung von Informationen im Gehirn befasst, werden teilweise noch **Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD)**<sup>13</sup> bzw. Minimal Brain Damage (**MBD**), **Leichte** oder **Minimale Hirnfunktionsstörung, Cerebrale Dysfunktion, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen, Zentrale Verarbeitungsstörung** oder **Verzögerte Hirnreifung** genannt, obwohl ein solcher Zusammenhang zumindest in den USA und GB spätestens seit Michael Rutter<sup>14</sup> unterscheidender Abhandlung von 1989 widerlegt ist. Mittlerweile gilt es auch in Deutschland in den meisten Kreisen als gesichert,

„(...) dass eine Gleichsetzung von Hyperkinetischem Syndrom und leichter frühkindlicher Hirnschädigung mit der unklar definierten „Minimalen Cerebralen Dysfunktion (MCD)“ oder mit spezifischen Lernstörungen (Teilleistungsschwächen) falsch ist.“<sup>15</sup>

Bis heute haben sich divergierende Ansichten und kontroverse Herangehensweisen bzgl. des ADS erhalten. Der hier aufgeführte geschichtliche Abriss der Entwicklung von einem rein biologischen Verständnis des **Hirnorganischen Syndroms** zu einer Störung mit vielschichtigen Ursachen und Ausprägungen stellt keinen Anspruch an Vollständigkeit, sondern möchte Tendenzen im Verständnis des ADS aufzeigen.

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde beim Zappelphilipp, einer Figur aus dem Sammelband *Der Struwwelpeter* des deutschen Arztes Heinrich Hoffmann, erstmals das hyperaktive Verhalten, wie es bei einem Kind mit ADS symptomatisch sein kann,

<sup>11</sup> Vgl.: <http://www.elposbern.ch>, 2003-10-22.

<sup>12</sup> Vgl. Kraft (2000), S. 215.

<sup>13</sup> Vgl. Heubrock/Petermann (2001), S. 24 ff.

<sup>14</sup> Vgl. Rutter (1989), S. 2.

<sup>15</sup> Altherr (1997), S. 15.

schriftlich dargestellt.<sup>16</sup> Hoffmanns Anliegen war es nicht, pathologische Züge bei Kindern aufzuzeigen, sondern „guten Menschen, alten und Kindern, frohe Stunden zu bereiten“<sup>17</sup>, indem er die zehn bekanntesten Facetten unerwünschten Kinderverhaltens in seiner Meinung nach *kindgemäße Bildergeschichten* verpackte, die das sogenannte *Lernen von rechtem Verhalten* erleichtern sollten.<sup>18</sup>

1902 listete der englische Arzt George F. Still<sup>19</sup> Verhaltensmerkmale von 20 Kindern aus seiner klinischen Praxis auf, die er mit (1) leidenschaftlich, (2) rücksichtslos-grausam, (3) eifersüchtig, (4) gesetzlos, (5) unehrlich, (7) willentlich zerstörerisch, (8) sexuell unmoralisch und (9) teuflisch beschrieb. Still fragte sich, welche Ätiologie solch impulsives und überaktives Verhalten mit einem Mangel an moralischer Kontrolle und willentlicher Zurückhaltung haben könnte, wenn keine Intelligenzminderung vorlag, wie es bei jenen Kindern, die er behandelte, der Fall war. Er kam zu dem Schluss, dass Intelligenz zwar die Voraussetzung für moralisches Verständnis sei, dass sie diese aber nicht bedinge. Und weiterhin stellte er fest, dass weder für die Ausprägung von Intelligenz noch für die des moralischen Einschätzungsvermögens bestimmte organische Prädispositionen gefunden werden könnten, weil die Vielfalt der Bedingungsfaktoren und Ausprägungsvarianten bislang keine eindeutige Beweisführung von Wirkzusammenhängen zuließe.<sup>20</sup>

Die von Still in Erwägung gezogenen elementaren Zusammenhänge moralischen Ungenügens (*moral deficiency*)<sup>21</sup> werden nach Russell A. Barkley's<sup>22</sup> Ausführungen auch ein halbes Jahrhundert später für ADS akzeptiert:

- 1.) Eine Überzahl von 3:1 Jungen im Vergleich zu Mädchen,
- 2.) Alkoholismus, kriminelles Verhalten und Depressionen bei Verwandten der Kinder,

---

<sup>16</sup> Vgl. Hoffmann (1979), S. 34 ff.

<sup>17</sup> Hoffmann (1979), S. 2.

<sup>18</sup> Vgl. Hoffmann (1979), S. 45 f.

<sup>19</sup> Vgl. Still (1902), S. 1009.

<sup>20</sup> Vgl. Still (1902), S. 1012.

<sup>21</sup> Moralisches Fehlverhalten ist nach Still wie ein dreistöckiges Gebäude aufgebaut: Die Basis bildet (1) die kognitive Fähigkeit, Menschen und Dinge der Umgebung zu unterscheiden, gefolgt vom ersten Obergeschoss (2) moralischem Bewusstsein, mit dem Dachstuhl (3) Willenskontrolle. Die Basis bedinge die höheren Fähigkeiten. Vgl. Still (1992), S. 1011.

<sup>22</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 4; Barkley (1997), S. 4.

- 3.) familiäre Prädispositionen der Störung, die auf Vererbung hindeuteten,
- 4.) die Möglichkeit, dass die Störung aufgrund einer Verletzung des Zentralnervensystems (ZNS) entstanden sein könnte.

Still's Ursachenvermutung wurzelt nach Russell J. Schachar<sup>23</sup> im Sozialen Darwinismus der Jahrhundertwende, wonach Armut und Elend nicht aus gesellschaftlichen Missständen resultierten, sondern Ausdruck einer evolutionären Selektion der genetisch Schwächeren war. Nach Schachar wurde davon ausgegangen, dass die Kinder der sozial Schwächeren aufgrund ihres genetischen Rückstandes, welcher sich hirnonorganisch nachweisen ließe und sich in ihrer Intelligenz- und Inhibitionsleistung bemerkbar mache, häufiger von der Krankheit betroffen waren, als Kinder wohlhabenderer Familien. Prä- und perinatale Beeinträchtigungen, psychische und physische Verletzungen durch elterliches Fehlverhalten belegten die mutmaßliche genetische Ätiologie und Heritabilitätsthese.

Als in den Jahren 1918-1924 eine Enzephalitis-Epidemie in Nord-Amerika herrschte, bemerkte man bei den Opfern ähnliche Symptome, wie sie bei ADS feststellbar sind. Die Betroffenen wurden als „beeinträchtigt in ihrer Aufmerksamkeit, Aktivitätsregulierung und Impulskontrolle“<sup>24</sup> beschrieben. Außerdem zeigten sie Minderungen der Denkleistungen, i.B. ihrem Erinnerungs- und sozialen Einfügungsvermögen. Die Krankheit wurde als Postenzephalitische Verhaltensstörung (**Postencephalitic Behavior Disorder**) benannt.

Mit den daraus resultierenden Hinweisen auf Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen des Nervensystems und Verhaltensauffälligkeiten entstand das Konzept des Syndroms von Kindern mit Hirnverletzungen (**Brain-Injured Child Syndrome**), das von Versuchen mit Affen untermauert wurde, denen Teile des Frontalhirns entfernt worden waren, und die anschließend exzessive Unruhe, Unbeständigkeit und wankendes Interesse, zielloses Umherwandern und großen Appetit zeigten.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Vgl. Schachar (1986), S. 20 ff.

<sup>24</sup> Barkley et al. (1990), S. 6.

<sup>25</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 7; Barkley (1997), S. 5.

---

Dass aber auch Kinder ohne nachgewiesene schwere Hirnschädigung an diesen Symptomen litten, forderte ein neues Konzept, das in den 50ern mit dem **MBD** bzw. **MCD** entstand. Das MCD bezeichnete kein klar umrissenes Syndrom, sondern neurophysiologische oder neuropsychologische Auffälligkeiten oder spezifische Leistungsschwächen. Martin H. Schmidt und Günter Esser bemängelten an dem Konzept, dass die Symptome nicht zusammen auftreten mussten, um die Diagnose zu stellen, was eine Betrachtung des MCD als Syndrom per Definition ausschloss. Auch existierte nach Schmidt und Esser nie eine spezifische MCD-Therapie. Behandelt wurden nur die einzelnen Symptome wie Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität, Lernschwäche nie das Syndrom als Gesamterscheinung. Die Autoren gingen davon aus, dass das Störungsbild MCD bei Eltern und Ärzten mitunter deshalb so beliebt sei, weil mit der Hirnschädigungserklärung Überlegungen zu Erziehungsfehlverhalten häufig ausgeschlossen würden.<sup>26</sup>

1957 benannten Maurice W. Laufer, Eric Denhoff und Gerald Solomons die Symptomgruppe erstmals als Hyperkinetische Impulsstörung (**Hyperkinetic Impulse Disorder**), und sie erfassten diese nach elektroenzephalographischer Untersuchung unter Metrazol mit und ohne Amphetamin-Gabe als Syndrome einer Dysfunktion oder Verletzung des Zwischenhirns (**Syndromes of Injury or Dysfunction of Diencephalon**).<sup>27</sup>

Die Autoren vermuteten aufgrund von Versuchen zum Effekt der Photo-Metrazol-Methode (wobei die Kontraktionen der Vorderarme der Kinder nach intravenöser Verabreichung des Medikaments Metrazol als Reaktion auf Lichtblitze gemessen wurden) bei Kindern eine geringere Stimulationsschwelle innerhalb deren Thalamus mit der Folge einer kortikalen Überstimulation. Laufer et al. stellten die rein organische Ätiologie der Symptome in Frage und zogen Fehlentwicklungen, Fehlfunktionen und Deformationen prä-, peri- oder postnatalen Ursprungs als Ursache in Betracht. Sie maßen der Rolle der ersten Bezugsperson, welche das Baby als Lackmuspapier ihres Selbst sehen müsse, größte Gewichtung bei und empfahlen eine Zusammen-

---

<sup>26</sup> Vgl. Schmidt/Esser (1988), S. 100 f.

<sup>27</sup> Vgl. Laufer et al. (1957), S. 38, 45.

---

arbeit der behandelnden PsychiaterInnen mit ErzieherInnen und PsychotherapeutInnen für das Kind sowie mit BeraterInnen für die Eltern.<sup>28</sup>

Mit dieser neuen Perspektive entstand der Versuch einer mehr beschreibenden Herangehensweise an die Störung durch Stella Chess<sup>29</sup>, die dem Symptombild den Namen Hyperaktives-Kind-Syndrom (**Hyperactive Child Syndrome**) gab, was im DSM-II 1968 als Hyperkinetische Reaktion in der Kindheit (**Hyperkinetic reaction of childhood**) seine offizielle Bezeichnung fand,<sup>30</sup> und nach Definition mit dem Erwachsenwerden verschwinden würde. Die Diagnose sollte im Falle einer festgestellten organischen Beeinträchtigung des Gehirns als die nicht-psychotische Organische Hirnschädigung (**Organic Brain Damage**) dargestellt werden.<sup>31</sup> Chess unterschied bei ihrer Untersuchung von Hyperaktivität zwischen (1) psychologischer Hyperaktivität, (2) organischer Hirnschädigung, (3) geistiger Zurückgebliebenheit ohne offensichtliche Hirnschädigung, (4) reaktiver und neurotischer Verhaltensstörung und (5) kindlicher Schizophrenie.<sup>32</sup>

Chess, die den Faktor der Hyperaktivität erstmals als Kernsymptom erwähnte, forderte objektivere Beurteilungen, da bislang nur Einschätzungen von Eltern und LehrerInnen betroffener Kinder gemacht worden waren. Mit ihrer Formulierung nahm sie die Ursachenvermutung aus der Begrifflichkeit und damit die Schuldfrage von den Eltern der Kinder. Zudem forderte sie mit ihrer Definition eine deutlichere Unterscheidung des Hyperactive Child Syndrome zum Konzept des MBD. Sie machte damit erstmals<sup>33</sup> klar, dass es sich hier um eine Verhaltensstörung handelte, die sowohl infolge einer organischen Disposition entstehen konnte, als auch ohne diese. Chess arbeitete überdies eine pathogenetische Abstufung der prominenten Symptomatiken heraus:

- Im Alter von zwei bis fünf Jahren sollten an erster Stelle Schlafprobleme, an zweiter die Nichtbeachtung von Grenzen und Verboten, an dritter un-

---

<sup>28</sup> Vgl. Laufer et al. (1957), S. 45; Laufer (1975), S. 116 f. Darstellung im historischen Zusammenhang auch bei Barkley et al. (1990), S. 9.

<sup>29</sup> Vgl. Chess (1960).

<sup>30</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 10; Barkley (1997), S. 5.

<sup>31</sup> Vgl. APA (1968), S. 50.

<sup>32</sup> Vgl. Chess (1960), S. 2379.

<sup>33</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 5.

provoziertes Schlagen oder Kämpfen und an vierter Stelle impulsive Aktionen die markantesten Störmechanismen ausmachen.

- Zwischen sechs und zwölf Jahren sei die kurze Aufmerksamkeitsspanne am dominantesten, gefolgt von der Nichtbeachtung von Grenzen und Verboten, danach sei das Stören des Spiels anderer Kinder und an letzter Stelle das unterbrechende Verhalten im Unterricht augenscheinlich.
- Bei der Gruppe der Heranwachsenden führten die schlechten schulischen Leistungen vor der Nichtbeachtung von Grenzen und Verboten, der kurzen Aufmerksamkeitsspanne und dem impulsiven Sozialverhalten.<sup>34</sup>

Noch 1973 beschrieb Paul Wender MBD als wissenschaftliches Synonym für hyperaktive Kinder,<sup>35</sup> womit er eine gegenläufige Position zu Laufer et al. und Chess beschriftet. Gleichsam benannte er für die beschriebene Störung alle Kernsymptome, wie sie heute für ADS formuliert werden: Übertriebener Tätigkeitsdrang, Störungen der Aufmerksamkeit und Impulsivität.<sup>36</sup>

1972 hatte Virginia Douglas mit einem Bericht an den kanadischen Psychologen Verband (Canadian Psychological Association) darauf hingewiesen, dass Aufmerksamkeitsdefizite und mangelnde Impulskontrolle Faktoren der Störung ausmachten, welche weitaus charakteristischer für die Störung seien als Hyperaktivität und sich zudem nicht wie letztere mit zunehmendem Alter reduzierten.<sup>37</sup>

In Deutschland veröffentlichte kurz darauf Erika Grünewald-Zuberbier eine Studie, welche die Hirnströme und das Verhalten von hyperaktiven Kindern mit denen nicht-hyperaktiver verglich. Als Basis ihrer Beobachtungsskala nahm Grünewald-Zuberbier die in der damaligen klinisch-psychologischen Literatur meistgenannten Symptome für Hyperaktivität.<sup>38</sup> Die Autorin kam wie Douglas zu dem Ergebnis, dass weit mehr Faktoren als die Hyperaktivität maßgeblichen Einfluss auf die Störung haben mussten, und dass die Unaufmerksamkeit und der Kontrollmangel wesentliche Momente der Störung ausmachten. Grünewald-Zuberbier verwarf ihre anfängliche Hypothese

---

<sup>34</sup> Vgl. Chess (1960), S. 2384.

<sup>35</sup> Vgl. Wender (1976), S. 7.

<sup>36</sup> Vgl. Wender (1976), S. 10 ff.

<sup>37</sup> Vgl. Douglas (1972), S. 274 f.

<sup>38</sup> Vgl. Grünewald-Zuberbier (1975), S. 8.

---

eines Hyperarousal zugunsten eines mittels EEG nachgewiesenen Hypoarousal im vorderen Hirnbereich der betroffenen Kinder.<sup>39</sup>

Douglas' Ausführungen führten in den USA zu weiteren Forschungen mit dem Fokus auf Impulsivität und Aufmerksamkeit und bewirkten die Änderung des Krankheits-Begriffs im DSM-III in Störungen mit Aufmerksamkeitsdefizit mit den Unterscheidungen **Attention-Deficit-Disorder with or without Hyperactivity (ADD-H** bzw. **ADD)**<sup>40</sup> für das gleichzeitige Auftreten bzw. Fehlen von Hyperaktivität.<sup>41</sup> Bei letzterer Diagnose wurde zusätzlich unterschieden zwischen dem akuten und dem Residualtypus, bei welchem die Hyperaktivität mit dem Heranwachsen aufgehört hatte und die Angaben der Betroffenen oder Familienangehörigen zur retrospektiven Diagnose genutzt werden.

Die Diagnose **ADD-H** oder **ADDH** wurde 1987 im DSM-III-R unter den Expansiven Störungen (**Externalizing Symptoms**)<sup>42</sup> mit den häufig gleichzeitig auftretenden oppositionellen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens zusammengefasst und in Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder (**ADHD**) umbenannt und – falls sie ohne Hyperaktivität auftrat – als Undifferenzierte Aufmerksamkeitsstörung (**Undifferentiated Attention Deficit Disorder**) bezeichnet.

Barkleys Untersuchungen in den 80ern erweiterten den Blick auf die Dimensionen des Verhaltens der Kinder mit ADD, das er als Disinhibition bezeichnete, womit er deren Unfähigkeit ihr Verhalten zu steuern und Regeln zu befolgen auszudrücken gedachte.<sup>43</sup>

Seine Studien trugen dazu bei, dass im DSM-IV 1994 bei der **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)** zwischen dem hauptsächlich unaufmerksamen, dem **vorrangig hyperaktiv-impulsiven** (des nach Barkley disinhibitiven Typus) und dem **kombinierten** (gemischten) Typus unterschieden wurde.<sup>44</sup>

In den folgenden Jahren zweifelte Barkley das bisher gültige Konzept zu ADHD an und veröffentlichte 1997 seine Theorie über das Hybride Modell von ADHD. Dem-

---

<sup>39</sup> Vgl. Grünewald-Zuberbier (1975), S. 38 ff.

<sup>40</sup> Vgl. APA (1980), S. 51 f.

<sup>41</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 1; Barkley (1997), S. 7.

<sup>42</sup> Vgl. APA (1987), S. 78 ff.

<sup>43</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 41 ff.; Barkley (1997), S. 8.

<sup>44</sup> Vgl. APA (1996), S. 184 ff.

---

nach sei ADHD in erster Linie keine Aufmerksamkeitsschwäche, sondern eine Schwäche der Inhibition von Verhalten, die von der Unfähigkeit der Betroffenen zur Selbst-Regulierung und -Kontrolle verursacht würde und sich als unkontrolliertes Verhalten in den Exekutiven Funktionen (executive functions) abzeichne. Barkley betrachtete in seiner Abhandlung die menschliche Selbstregulierungsfähigkeit als genetisch determinierte Eigenschaft, deren biologische Steuerung im frontalen Kortex verankert läge.<sup>45</sup> Er forderte eine Änderung der Perspektive in der Betrachtung von ADHD, da Hyperaktivität eine frühkindliche Äußerung von unkontrolliertem Verhalten sei und sich mit der Adoleszenz zu mangelnder Selbst-Regulierung und defizitärer Selbstkontrolle entwickle.<sup>46</sup> Der Autor proklamierte daher eine Umbenennung von ADHD in z.B. **Störung der Verhaltensregulierung (Behavioral Inhibition Disorder)**.

Das in Europa verwendete ICD unterschied in seiner 8. Revision, 1968, bei der Klassifikation psychischer Krankheiten zwischen drei Erscheinungsformen:

- **Geisteskrankheiten,**
- **Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen Geistesstörungen,**
- **Intelligenzschwäche.**

Die Symptomatik des ADS fand darin keine diagnostische Entsprechung und konnte am ehesten als **Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane** oder bei Neurosen, etc. eventuell als **Nr. 308: Verhaltensanomalien in der Kindheit** diagnostiziert werden.<sup>47</sup> Dass sich im ICD-8 von 1967 keine konkrete Diagnose finden ließ, könnte darauf hinweisen, dass die Symptome zu dieser Zeit in Europa nicht häufig genug auftraten, oder dass ihnen keine psychische sondern womöglich eher eine pädagogische Ursache zugesprochen wurde.

In der 9. Revision von 1978 wurde das **Hyperkinetische Syndrom des Kindesalters** mit den wesentlichen Merkmalen kurze Aufmerksamkeitsspanne und erhöhte Ablenkbarkeit beschrieben. Unterschieden wurden

- **Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit,**

---

<sup>45</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 33, 318.

<sup>46</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 321.

<sup>47</sup> Vgl. WHO (1967), S. 27 ff.

- **Hyperkinetisches Syndrom mit Entwicklungsrückstand,**
- **Hyperkinetisches Syndrom mit Störung des Sozialverhaltens,**
- **Andere hyperkinetische Syndrome des Kindesalters,**
- **Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Syndrome des Kindesalters.**<sup>48</sup>

Trotz dieser schon recht präzisen Definition variierten in deutschen Abhandlungen zur Symptomatik die Begrifflichkeiten bis Ende der 80er Jahre vom **leicht hirnfunktionell gestörten Kind**, bzw. **leichtgradig frühkindlich hirngeschädigten Kind** bis zum **Kind mit dem frühkindlichen exogenen Psychosyndrom**,<sup>49</sup> wobei die Bezeichnung **exogenes Psychosyndrom** überwog,<sup>50</sup> und die Diagnose **Teilleistungsstörungen**, sowohl als Folge der frühkindlichen Hirnschädigung als auch ohne Hirnschädigungszeichen,<sup>51</sup> sich am weitläufigsten durchsetzte.

Jutta Hartmann fasste die Störung 1987 aus Medienperspektive unter Zuhilfenahme fachkundlicher Beratung durch Reinhart Lempp und Hans Jürgen Eysenck zusammen und zitierte letzteren aus dessen brieflichen Stellungnahmen zum Thema mit den bis heute zutreffenden Worten: „Wir wissen viel weniger, als wir annehmen; bleiben wir also offen für sämtliche Fragen.“<sup>52</sup> Lempp warf im Nachwort zu Hartmanns Abhandlung als Konsens eine ähnliche Frage auf, wie Russell J. Schachar sie zeitgleich in den USA stellte und wie sie durch Hans von Lüpke noch 2001 als bedeutsam erachtet wird. Den Autoren gemäß sollten Forschende sich stets fragen, inwiefern ist die Störung gesellschaftlich bedingt ist und in welchem Menschenbild die konzeptionellen Hintergründe wurzeln.<sup>53</sup>

## 2.2 DEFINITION

Die Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie umgrenzen die Störung wie folgt:

„Definition

---

<sup>48</sup> Vgl. WHO (1978), S. 85 f.

<sup>49</sup> Vgl. Lempp (1981), S. 17.

<sup>50</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 22.

<sup>51</sup> Vgl. Schmidt (1985), S. 248.

<sup>52</sup> Hartmann (1987), S. 85.

<sup>53</sup> Vgl. Schachar (1986), S. 36; Lempp (1987), S. 118; von Lüpke (2001), S. 126 f.

- Hyperkinetische Störungen sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt vor dem Alter von sechs Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z.B. in der Schule, in der Familie, in der Untersuchungssituation) konstant auftreten.

#### Leitsymptome

- Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motorische Unruhe) und Impulsivität.

#### Untergruppen

- Hinsichtlich der Klassifikation von Subtypen konnte noch kein Konsens gefunden werden. Nach DSM-IV lassen sich hyperkinetische Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen) wie folgt unterteilen:
  - Vorherrschend unaufmerksamer Subtypus
  - Vorherrschend hyperaktiv-impulsiver Subtypus
  - Gemischter Subtypus. Bei Jugendlichen und Erwachsenen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen, kann die Diagnose nach DSM-IV durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden.

#### ICD-10 macht die Unterscheidung

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), bei der sowohl die Kriterien für eine hyperkinetische Störung als auch für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind.
  - Diese Kombinationsdiagnose wird durch die Häufigkeit begründet, mit der beide Störungen gemeinsam auftreten, und mit der im Vergleich zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerk-

samkeitsstörung vermutlich ungünstigeren Prognose.“<sup>54</sup>

Hans-Christoph Steinhausen definierte das **Hyperkinetische Syndrom** (HKS), die **Hirnfunktionsstörung** (HFS) und die **Spezifische Lernstörung** (SLS) als drei Bereiche, die sich ggf. überschneiden können, sich jedoch nicht gegenseitig bedingen.<sup>55</sup> Er sah sinngemäß wie Barkley<sup>56</sup> ungenügende Verhaltenshemmung als Äquivalenz-Begriff des klinischen Merkmals der Impulsivität.

Im gleichen Jahr bezeichneten Gerhard W. Lauth und Peter F. Schlotzke<sup>57</sup> die Aufmerksamkeitsstörung vornehmlich als Handlungsbeeinträchtigung, die im zeitlichen Zusammenwirken biologischer (defizitärer zentralnervöser Aktivitätsregulation) und psychosozialer (mit der Folge affektiver Reaktionsmuster) Faktoren begründet sei und sich u.a. in der Unfähigkeit der Kinder äußert, Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten und Stimulationen von außen zu selektieren.

Auch Wolff et al. stellten als übergeordnetes Handlungsprinzip bei hyperkinetischen Kindern die Vermeidung von (Über-) Stimulation bzw. der daraus resultierenden Erregung heraus.<sup>58</sup> Ihrer Ansicht nach zielen hyperkinetische Verhaltensweisen auf eine für das Kind kontrollierbare Stimulationsstruktur bzw. -armut ab. Bei Konfrontation mit der ungewünschten Situation reagieren sie mit dem untergeordneten Handlungsprinzip, der Verweigerung (Dominieren der Selbstbestimmung über die Fremdbestimmung bzw. ‚Nein‘-Sagen oder -Handeln).<sup>59</sup>

### Weiterentwicklung der Begrifflichkeit

1995 erkannten Lauth und Schlotzke den Begriff der Aufmerksamkeitsstörung zwar an und begrüßten die dadurch ermöglichte Erleichterung konstruktiverer Interventionen (im Vergleich zum Störungsbild MCD), aber sie zogen als Ursache der Verhaltensmerkmale betroffener Kinder eine defizitäre zentralnervöse Aktivitätsregulierung mit der Annahme einer gestörten Aktivierungsmodulation in Betracht und sahen die

---

<sup>54</sup> DGKJP (2000), Nr. 028/019

<sup>55</sup> Vgl. Steinhausen (2000b), S. 11.

<sup>56</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 321.

<sup>57</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 11 ff.

<sup>58</sup> Vgl. Wolff et al. (2000), S. 101 f.; Power (1992), S. 588; Lauth/Schlottke (1995), S. 13.

<sup>59</sup> Vgl. Wolff et al. (2000), S. 101 f.

---

Problematik eher in der Handlungsplanung und Handlungsorganisation konzipiert als in der Aktion selbst.<sup>60</sup>

1997 kategorisierte Barkley analog dieser Auffassung die Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität als bloße Verhaltensentäußerungen, die einzig durch die Unfähigkeit der Betroffenen, ihre exekutiven Funktionen zu kontrollieren, veranlasst würden.<sup>61</sup> Barkley forderte daher eine Umbenennung des Begriffs in **Störung der Verhaltensregulierung**.<sup>62</sup>

Thomas E. Brown betrachtete 2000 den Sachverhalt ähnlich mit der Aussage, dass ADS chronisch, jedoch nicht allgegenwärtig und die **gestörte Verhaltenskontrolle** (VK) das Hauptmerkmal von ADS sei.<sup>63</sup> Entsprechend gälte:

„Die Fähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit und Engagement bei nicht intrinsisch motivierten Tätigkeiten zu aktivieren und aufrechtzuerhalten, ist ein Hauptmerkmal der VK.“<sup>64</sup>

Cordula Neuhaus schrieb im gleichen Jahr in der Beschreibung der Symptomatik und ihrer Persistenz von einer **Anpassungsstörung**,<sup>65</sup> und von Lüpke schloss aus den vorliegenden Untersuchungen und Betrachtungen bis 2001,

„dass Hyperaktivität offensichtlich keine definierte Störung darstellt, sondern eine unspezifische Bewältigungsstrategie bei Beeinträchtigungen ganz unterschiedlicher Art.“<sup>66</sup>

Zur begrifflichen Definition kann nach derzeitigem Stand der Forschung Barkleys Forderung nach einer Umbenennung zugestimmt werden. In Anbetracht der Vielfalt an Äußerungsformen, mit und ohne körperlichen Manifestationen bzw. Ursachen, fällt es schwer einen präzisen Sammelbegriff für das beschriebene Syndrom zu finden, und es bleibt fraglich, ob dies sinnvoll ist. Allen Symptomen gemeinsam scheint der von Rothenberger herausgestellte **„zentrale Defekt der Selbstregulierung“**<sup>67</sup> zu

---

<sup>60</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 11 ff.

<sup>61</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 321.

<sup>62</sup> Vgl. Kap. 2.1 Historie.

<sup>63</sup> Vgl. Brown (2000), S. 133.

<sup>64</sup> Brown (2000), S. 133.

<sup>65</sup> Vgl. Neuhaus (2000b), S. 241.

<sup>66</sup> von Lüpke (2001), S. 116.

<sup>67</sup> Rothenberger (1988), S. 23.

sein. Hiervon ausgehend sollte nach einer zutreffenden Begrifflichkeit mit jeweiligen Unterscheidungen bzgl. kategorisierter Ausprägungen geforscht werden.

Im Folgenden wird jedoch in Anlehnung an die allgemein anerkannte Bezeichnung und in Ermangelung eines zutreffenderen Begriffes die Abkürzung **ADS** verwendet. Dadurch soll die Betonung von der Hyperaktivität genommen werden, wie sie mit der deutschen Bezeichnung HKS impliziert wird, um hypoaktive Kinder mit eben jener Störung einzuschließen.

## 2.3 PATHOGENESE

Säuglinge mit ADS leiden nach Angaben von Wender häufig unter Drei-Monats-Koliken und Schlafstörungen, schreien unverhältnismäßig viel und sind nur schwerlich zu beruhigen. Sie zeigen Anzeichen einer nach Mary D. Salter Ainsworth<sup>68</sup> ängstlich-vermeidenden Bindung des Subtypus A<sub>2</sub>, indem sie Zärtlichkeit nicht annehmen, aber ständig nach Aufmerksamkeit suchen.<sup>69</sup>

Als Kleinkinder sind sie impulsiver als andere, springen von einer Beschäftigung zur anderen, können Aufgaben nicht zu Ende führen, scheinen Anweisungen nicht zu hören und zeigen exzessive motorische Unruhe. „Ihre Bewegungssteuerung funktioniert schlechter, langsamer und häufig verzögert.“<sup>70</sup>

Sie neigen zu verminderter Ängstlichkeit und ungeplanten Handlungen, sind häufiger als andere Kinder in Unfälle verwickelt und fordern damit ungeteilte Aufmerksamkeit und extreme Geduld des sozialen Umfeldes.<sup>71</sup> Sie können ihre Reaktionen nicht kontrollieren, Disziplinierungen bleiben ohne Erfolg, sie lernen nicht aus ihren Erfahrungen und rufen in ihrer Umgebung Ablehnung und Unverständnis hervor.<sup>72</sup>

In der frühen Schullaufbahn stören sie als Klassenkasper, mehr als Gleichaltrige durch ihre Zappeligkeit,<sup>73</sup> Ungebremstheit und Unfähigkeit zur Konzentration auf den

---

<sup>68</sup> Vgl. Ainsworth et al. (1978), S. 60. Zu Bindungsverhaltens vgl. auch Bowlby (1969), S. 306 ff.; Bowlby (1995), S. 36 f.

<sup>69</sup> Vgl. Wender (2002), S. 24.

<sup>70</sup> Skrodzki (2002), S. 79.

<sup>71</sup> Vgl. Wender (2002), S. 19 ff., 32 ff.

<sup>72</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 12 f.

<sup>73</sup> Vgl. Teicher et al. (1996), S. 341.

---

Lernstoff oder sind – im Falle der hypoaktiven Störung – leicht ablenkbar, häufig geistig abwesend und dennoch impulsiv.

Bei beiden Typen von ADS (hyperaktiv sowie hypoaktiv) kommt es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Lernstörungen und Koordinationsstörungen, die sich bis ins Erwachsenenalter manifestieren.<sup>74</sup>

„Je auffälliger ein EEG eines Kindes im Alter von acht Jahren ist, desto eher ist eine psychiatrische Auffälligkeit mit 13 Jahren zu erwarten.“<sup>75</sup>

Ihre mangelhafte Fähigkeit, Belastungssituationen zu meistern, geringe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und Übererregbarkeit, sowie eine fast durchgängige Unzufriedenheit mit konstant negativen Rückmeldungen aus der Umgebung führen zu einem unsicheren Selbstbild mit geringem Selbstwertgefühl,<sup>76</sup> das wiederum positive Erfahrungen erschwert. Somit haben fast alle Kinder mit ADS auch psychische Probleme.<sup>77</sup>

Ihre Schwierigkeiten, die Bedürfnisse anderer wahrzunehmen und zu respektieren, belasten ihre Beziehung zu Gleichaltrigen und erschweren den Aufbau von Freundschaften. Die Kinder sind intellektuell auf einem altersgemäßen oder überdurchschnittlichen Stand, liegen aber in ihrer emotionalen Reife um vier bis fünf Jahre zurück. Sie sind nicht weniger, sondern anders begabt als durchschnittlich.<sup>78</sup>

Während die Hyperaktivität sich im Jugendalter zu einer inneren Unruhe und dem Wunsch nach aktiver Beschäftigung entwickelt, bleibt die Impulsivität als mangelnde Selbstkontrolle und Stimmungsschwankungen mit einer Suche nach Aufmerksamkeit und Anerkennung erhalten, welche die Gefahr für delinquentes Verhalten erhöhen.<sup>79</sup> Ein weiterer Risikofaktor für delinquentes Verhalten ist die Rache-Mentalität von Jugendlichen mit ADS, der Wunsch Gleiches mit Gleichem zu vergelten,<sup>80</sup> wobei Aktionen syndrombedingt nur vordergründig beurteilt und impulsiv vergolten werden.

---

<sup>74</sup> Vgl. Taylor/Hemsley (1995), S. 1; Sonntag (2003), S. A 380.

<sup>75</sup> Rothenberger (1988), S. 17.

<sup>76</sup> Vgl. Slomkowski et al. (1995), S. 310 ff.

<sup>77</sup> Vgl. Wender (2002), S. 25, 32, 61; Lauth/Schlottke S. 3, 14.

<sup>78</sup> Vgl. Wender (2002), S. 33 f., 47; Hartmann (1987), S. 22.

<sup>79</sup> Vgl. Wender (2002), S. 22 f., 31.

<sup>80</sup> Vgl. Fletcher et al. (1996), S. 293.

---

Jugendliche mit ADS konsumieren mit höherer Wahrscheinlichkeit illegale Drogen als andere.<sup>81</sup>

Ein Kind mit ADS muss nicht die komplette Symptomentwicklung durchlaufen.

„(...) wenn die Symptome nicht während eines bestimmten Entwicklungsabschnittes auftreten, [ist] dies auch zu einem späteren Zeitpunkt kaum zu erwarten (...): Verfügt ein Kleinkind über eine hinreichend gute Koordination, wird es auch später keine Probleme damit haben. Hat ein Sieben- oder Achtjähriger keine Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben, wird er auch als Teenager davon verschont bleiben.“<sup>82</sup>

Bei Mädchen und überdurchschnittlich intelligenten Kindern kann sich nach Ortrud Aichinger die ADS-Symptomatik ggf. erst ab der Pubertät entwickeln.<sup>83</sup>

Häufig fallen Jugendliche mit ADS auf, weil sie sagen was ihnen in den Sinn kommt, ohne sich der Wirkung bewusst zu sein. Vielfach wird ihr Tun von gemurmelten Worten begleitet, und die Betroffenen produzieren Geräusche, ohne es selbst zu merken. Die schnelle und polternde Sprechweise setzt sich nicht selten bis ins Erwachsenenalter fort.<sup>84</sup>

Neben sogenannter *Nervosität*, einem enormen Kontrollbedürfnis und Stimmungsschwankungen gibt es in der Symptomatik eines Erwachsenen mit ADS außerordentlichen Merkmale, die Neuhaus wie folgt beschrieben hat

- „die deutliche seelische Entwicklungsverzögerung in Form einer noch eher kindlichen Verhaltensweise bei durchaus altersentsprechender Entwicklung (...)
- die auffallend schlechte Schrift (...)<sup>85</sup>

Außerdem verbleiben trotz des Abklingens von Hyperaktivität die Aufmerksamkeitsstörungen in Form von Vigilanzschwankungen, Impulsivität (auch Unfähigkeit zur Selbstreflexion und Kritikunfähigkeit) und eine Reizfilterschwäche in Form von Hy-

---

<sup>81</sup> Vgl. Molina/Pelham (2003), S. 501; Schubiner et al. (2000), S. 244.

<sup>82</sup> Wender (2002), S. 35. Vgl. Krause (1999), S. 1309.

<sup>83</sup> Vgl. Aichinger (2002), S. 41.

<sup>84</sup> Vgl. Skrodzki (2002), S. 79 f.

<sup>85</sup> Neuhaus (2000a), S. 94. Vgl. Barkley (1997), S. 335.

---

persensibilität und leichter Ablenkbarkeit, die sich darin abzeichnen kann, dass viele Dinge gleichzeitig begonnen und teilweise unbeendet liegengelassen werden. Im Einzelnen äußern sich diese Charakteristika wahrscheinlich in chaotischem Management der äußeren Umgebung sowie mangelhafter Termin- und Finanzplanung. Häufig leidet eine mögliche Paarbeziehung extrem unter dem subjektivistischen Wahrnehmungsstil, dem großen Harmonie- und Handlungsbedürfnis und der Unfähigkeit Entscheidungen überlegt zu treffen.<sup>86</sup>

Im Erwachsenenalter finden sich nach Klaus-Henning Krause die Probleme aus der Kindheit im Wesentlichen in Form von Aufmerksamkeitsstörungen (z.B. Unfähigkeit zu Daueraufmerksamkeit), motorischen Störungen (z.B. Fingerklopfen, Fußwippen), Impulsivität (z.B. häufiger Wechsel der Arbeitstelle), Desorganisation (z.B. Speisesortiment im Kühlschrank), Problemen im sozialen Umfeld (bis hin zu Dissozialität), Schwierigkeiten in persönlichen Beziehungen (häufige Partnerwechsel), emotionalen Störungen (z.B. Dysphorie und affektive Labilität) und Stressintoleranz (daher häufiger Nikotinmissbrauch als Art Selbstmedikation) sowie in persistierender Dyskalkulie, Dysgraphie und Lese-Rechtschreibschwäche.<sup>87</sup>

Krause wies ferner auf die Stärken von Erwachsenen mit ADS hin: Vermehrte Reizoffenheit, hohe Kreativität mit der Fähigkeit zu assoziativem Denken außerhalb eingefahrener Gleise und Eloquenz, sowie die Fähigkeit sich besonders interessierenden Problemstellungen äußerst intensiv und anhaltend widmen zu können, stellten durchaus Qualitäten dar, die in bestimmten Berufen wie Manager, Vertreter, Verkäufer, Politiker, Moderator, Entertainer, Künstler, Wissenschaftler und Erfinder zu großen Leistungen befähigten.<sup>88</sup>

## 2.4 PRÄVALENZ

„In den Vereinigten Staaten leiden wahrscheinlich bis zu vier Millionen Kinder und bis zu vier bis fünf Millionen Erwachsene an der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).“<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Vgl. Neuhaus (2000a), S. 94 f.; Neuhaus (2000b), S. 234 ff.

<sup>87</sup> Vgl. Krause et al. (1998), S. 543 ff.

<sup>88</sup> Vgl. Krause et al. (1999), S. 1311; Skrodzki (2002), S. 80.

<sup>89</sup> Wender (2002), S.13.

---

Demnach sind ca. drei bis zehn Prozent aller Schulkinder und vier bis fünf Prozent aller Erwachsenen betroffen, womit ADS die häufigste chronische psychiatrische Störung des Kindesalters ist. Das Syndrom wird bei Jungen fünf- bis zehnmal häufiger festgestellt als bei Mädchen, was womöglich auf der Tatsache beruht, dass Mädchen eher hypoaktiv reagieren, deshalb weniger stören und seltener diagnostiziert werden.<sup>90</sup>

Dass das Hauptaugenmerk beim Erkennen des Syndroms auf der Überaktivität liegt, ist mit ein Grund, warum viele Kinder unerkannt bleiben,<sup>91</sup> bis sie aufgrund komorbider Störungen, z.B. wegen einer sogenannten **Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung** behandelt werden sollen und sich ADS als eigentliche Ursache herausstellt.<sup>92</sup>

Die Zahlen zur Prävalenz sind deshalb so ungenau, weil ADS auch in seinen Leitsymptomen Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität unterschiedlichste Ausprägungen aufweist und häufig mit diversen Lernstörungen, Teilleistungsstörungen oder Wahrnehmungsstörungen verwechselt wird. Die Kinder verhalten sich zudem in der Einzelsituation, wo sie die ungeteilte Aufmerksamkeit erhalten, meist sehr kooperativ, und gerade diese Inkonsistenz und Situationsspezifität erschweren die Diagnose und Behandlung. Auch mangelt es an einem einheitlichen diagnostischen Vorgehen, weshalb oftmals über- oder unterdiagnostiziert wird.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 72; Slomkowski et al. (1995), S. 303; Barkley (1997), S. 4, 14; Comer (2001), S. 467; Gerspach (2001), S. 50; Wender (2002), S.13; Skrodzki (2002), S. 76.

<sup>91</sup> Vgl. Altherr (2000), S.198.

<sup>92</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 258; Reuner/Oberle (2000), S. 140

<sup>93</sup> Vgl. Karch (2002), S. 5.

In den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Kinder mit dem Störungsbild ADS deutlich gestiegen. Dies vermag eventuell an der Differenzierung des Krankheitsbegriffs liegen, welche eine Diagnose erleichtert, oder an dessen Popularität, wodurch manchen Angehörigen die Möglichkeit einer Störung bewusst wird. Ein weiterer Grund für die Wachstumsrate könnten umweltbedingte Einflüsse durch den unbedachten Umgang mit künstlich erzeugten Substanzen (z.B. Polychlorierte Biphenyle (PCB)) sein, wie sie vor allem in den 60er Jahren in der Euphorie des Wirtschaftswachstums nahezu unbeschränkt verwendet wurden.<sup>94</sup>

## 2.5 ÄTIOLOGIE

Eine allgemeingültige Ursache für ADS konnte bislang nicht bestimmt werden; denn beim Untersuchen der Ätiologien müssen sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren betrachtet werden.<sup>95</sup>

Die Vielzahl der Ansätze zur Genese von ADS lassen sich nach Seija Sandberg und M. Elena Garralda in vier Basis-Modelle unterteilen:<sup>96</sup>

- (1) Biologisch-konstitutionelles Modell (Symptome als Nebenprodukte der konstitutionellen Prädisposition des Kindes),
- (2) soziales Systemmodell (Hyperaktivität bestimmt durch Umgebung),
- (3) interaktives Modell (Verknüpfung von Modell 1. und 2.),
- (4) transaktionales Modell (zu den Faktoren Umgebung, Konstitution und deren Interaktion kommt die zeitliche Komponente des Lernens am Beispiel der Erlernten Hilflosigkeit, *learned helplessness*<sup>97</sup> nach Martin E.P. Seligman, der gesellschaftlichen Etikettierung, *labeling approach*<sup>98</sup>, nach Manfred Amelang, und der sich selbst erfüllenden Prophezeiung, *Self-fulfilling Prophecy*<sup>99</sup>, nach Gabriel Salomon).

---

<sup>94</sup> Vgl. Schulz (2002), S. 1574.

<sup>95</sup> Die Gewichtung und Relevanz einzelner Faktoren wird zudem von der Perspektive der jeweilig forschenden Disziplin bestimmt, was die Allgemeingültigkeit jedweder Aussage prinzipiell in Frage stellt.

<sup>96</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 319; Steinhausen (2000b), S. 28.

<sup>97</sup> Vgl. Seligman (1975), S. 21 f.

<sup>98</sup> Vgl. Amelang (1986), S. 219.

<sup>99</sup> Vgl. Salomon (1981), S. 1452.

---

Da die letzten beiden Modelle eine Verknüpfung der ersten darstellen, werden im Folgenden jeweilig die Faktoren des Modells (1) und (2) näher erläutert, während Modell (3) und (4)<sup>100</sup> im entsprechenden Zusammenhang dargestellt sind.

### 2.5.1 BIOLOGISCH-ÄTIOLOGISCHE ASPEKTE

Die biologische Ursache wird generell in einer cerebralen Regulierungs- oder Verarbeitungsinsuffizienz gesehen.<sup>101</sup> Zu den hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entstehung dieser Insuffizienz untersuchten Faktoren zählen neurophysiologische, neurochemische und neurotoxikologische Funktionsparameter, sowie genetische, prä- und perinatale Parameter.

Bedingende neurochemische Prozessstörungen werden im noradrenergen System, speziell im frontalen Kortex vermutet, da dessen inhibitorische Wirkung auf das dopaminerge System i.B. das Striatum als modulierend und kontrollierend verstanden wird.<sup>102</sup>

Der Neurotransmitter Dopamin scheint eine zentrale Rolle bei der Störung zu spielen.

„Dopamin ist vor allem im präfrontalen Kortex, im Striatum und in den Assoziationsbahnen zu den temporalen und parietalen Lappen lokalisiert. Produziert wird es im ventralen Tegmentum und der Pars compacta der Substantia nigra, Kerngebieten des Mittelhirns. Von dort laufen Projektionsbahnen zum Nucleus accumbens, der ein eng mit dem limbischen System verknüpfter Teil des Striatums ist.

Dieses mesokortikolimbische System scheint generell von großer Bedeutung für die Steuerung der motorischen Aktivität, das Neugierverhalten und die Entwicklung von Handlungsstrategien zu sein. Die anderen dopaminabhängigen Bahnen ziehen von der Substantia nigra zum Körper des Striatums und zum Frontallappen – dieses mesostriatale System wird als wesentlich für stereotype Verhaltens-

---

<sup>100</sup> Eine Variante des transaktionalen Modells findet sich detailliert aufgeschlüsselt und schematisch veranschaulicht bei Lauth und Schlottke. Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 16.

<sup>101</sup> Vgl. Mattner (2001), S. 16 ff.

<sup>102</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 23 f.; Barkley (1997), S. 29 ff., 82; Zametkin/Liotta (1998), S. 19.

weisen und für die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit angesehen.“<sup>103</sup>

Es besteht bislang Uneinigkeit darüber, ob es sich bei der Störung um einen Dopaminmangel oder -überschuss handelt; denn bei der Ursachenvermutung muss man – mangels Klarheit über tatsächliche Kausal- und Effektzusammenhänge im Kortex – die Wirkungsweise bestimmter Medikamentengaben oder künstlich erzeugter Symptomaten im Tierversuch interpretieren, da Messungen bislang nur im Striatum funktionieren, wo die Innervationsdichte am höchsten ist.<sup>104</sup> Dabei divergieren die Wirkungen bestimmter Dopaminagonisten: Während die einen die gewünschte Wirkung erzielen, bleiben andere ineffektiv.<sup>105</sup>

Dass dopaminblockierende Substanzen, alpha-adrenerge Agonisten und trizyklische Antidepressiva gleiche Effekte auf der Verhaltensebene evozieren, erklärte Aribert Rothenberger mit der Rolle der NMDA-Rezeptoren (nach dem Agonisten N-Methyl-d-Aspartat), welche selbst die eigentlichen verhaltenswirksamen Faktoren im Sinne eines Kompensationsmechanismus darstellen könnten,<sup>106</sup> während Dopamin und Norepinephrin nur modulierend auf die NMDA-Rezeptoren wirken.<sup>107</sup> Dass die Störung zentralnervös bedingt sein müsse, schloss der Autor aus der Beobachtung, dass Schwierigkeiten dann auftraten, wenn Anforderungen an das zentrale Nervensystem quantitativ (Menge, Dauer und Komplexität) gesteigert wurden und sich reduzierten, wenn die Anforderungen durch externe Hilfestellung, Kontrolle und Motivation gemindert wurden.<sup>108</sup>

Von den vermeintlich symptomevozierenden Neurotransmittern wird neben Dopamin Monoaminoxidase (MAO)<sup>109</sup> als mögliche Ursache gesehen, da dessen Aktivität einen deutlichen Abfall zwischen Kindheit und Adoleszenz aufzeigt und eine erhöhte Aktivität bei bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen mit großem Anerkennungsbedürfnis (sensation seeking) festgestellt wurde.<sup>110</sup>

---

<sup>103</sup> Schulz (2002), S. 1574

<sup>104</sup> Vgl. von Lüpke (2001), S. 123.

<sup>105</sup> Vgl. Wender (1973), S. 35; Trott (2000a), S. 112; Hüther (2002), S. 20, 66.

<sup>106</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 23.

<sup>107</sup> Vgl. Spencer et al. (1995), S. 17.

<sup>108</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 23.

<sup>109</sup> Vgl. Wender (2000), S. 63; Trott (2000a), S. 112.

<sup>110</sup> Vgl. Trott (2000a), S. 112.

---

Daniel Brandeis fasste die bisherigen Untersuchungen zu Unterschieden der elektrischen und metabolischen Hirnfunktion in Ruhe und Aktivierung von Kindern mit HKS gegenüber Kontrollgruppen zusammen und stellte Unterschiede in der Durchblutung und Aktivität der vorderen Hirnbereiche fest.<sup>111</sup>

„Die Befunde zeigen allerdings auch klar, dass diese metabolischen Veränderungen in hohem Maße aufgabenspezifisch sind und in ihrer genauen Lokalisation selbst bei der Anworthemmung nicht übereinstimmen.“<sup>112</sup>

Auch Steinhausen erklärte die Befunde bzgl. neurophysiologischer Veränderungen bei Kindern mit ADS als wenig relevant, da sie einen Anteil von weniger als 5% aller Betroffenen ausmachten.<sup>113</sup> Die selben Untersuchungen führten Dietmar Heubrock und Franz Petermann<sup>114</sup> auf, um den entgegengesetzten Vergleich von Aufmerksamkeitsleistungen beim ADS mit denen beim Frontalhirn-Syndrom zu untermauern.

Wolfgang Droll interpretierte die Symptome des ADS als Folge einer neurochemischen Aktivierungsstörung des Steuerungssystems, die er mittels PET und EEG nachwies, was Michael Huss und Ulrike Lehmkuhl nicht gelang.<sup>115</sup> Grundlegend für Drolls Betrachtung ist seine Annahme, dass sich Aufmerksamkeit als Netzwerkfunktion verknüpfter Areale im Hirn ergebe und einen Aktivierungszustand beschreibe, die bei ADS nicht gegeben sei und eine teils mehr, teils weniger ausgeprägte Labilität in der Aufrechterhaltung des Vigilanzniveaus zur Folge habe.<sup>116</sup> Norbert Roth spricht in diesem Zusammenhang von einer Imbalance verschiedener funktioneller Systeme.<sup>117</sup>

Rothenberger hatte diesbezüglich festgestellt, dass die Kontrollfunktion des Frontalhirns bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen im klinischen Versuch stärker aktiviert werden musste, als bei Kindern ohne Auffälligkeiten. Zusammenfassend befand

---

<sup>111</sup> Vgl. Kado/Takagi (1996), S. 251 ff.; Brandeis (2000), S. 62 ff.

<sup>112</sup> Brandeis (2000), S. 76. Vgl. Huss/Lehmkuhl S. 154 ff.

<sup>113</sup> Vgl. Steinhausen (2000b), S. 24 ff.; Rothenberger (1988), S. 14.

<sup>114</sup> Vgl. Heubrock/Petermann (2001), S. 24 ff.

<sup>115</sup> Vgl. Droll (2000), S. 166, 183; Huss/Lehmkuhl (2000), S.157; Rothenberger (1988), S. 16 ff.

<sup>116</sup> Vgl. Droll (2000), S. 161, 165, 179.

<sup>117</sup> Vgl. Roth et al. (1992), S. 79.

Rothenberger, dass bei hyperkinetischen Kindern eine Störung in subkortikalen Hirnbereichen und frontokortikalen Hirnbereichen angenommen werden könne.<sup>118</sup>

Prä- und perinatale Zusammenhänge fand man bei Frühgeborenen, deren Anteil an hyperaktiven Kindern 16% ausmachte (im Vergleich zum fünf bis achtprozentigem Anteil von Hyperaktivität bei der Gesamtbevölkerung).<sup>119</sup> Eine Vergleichbarkeit fand sich ebenso im Falle von nicht näher definiertem Alkohol- und Nikotinmissbrauch der Mutter während der Schwangerschaft,<sup>120</sup> sowie bei Kindern, die von Alkoholembryopathie (AE) betroffen waren.<sup>121</sup>

„Bei keinem Fehlbildungssyndrom finden sich so häufig hyperaktive Verhaltensmuster wie bei Alkoholembryopathie und Alkoholeffekten: Nach eigenen Untersuchungen bei 72% der Kinder mit Alkoholembryopathie (...).“<sup>122</sup>

Taylor et al. schließen ebenso Zusammenhänge mit pränataler Hypoglycämie nicht aus.<sup>123</sup>

Seit den 70er Jahren wurden genetische Zusammenhänge untersucht. Häufig konnten retrospektiv hyperkinetische Störungen der Kindheit bei den Eltern erfragt werden. Weitere Untersuchungsergebnisse zeigen signifikant höhere Raten an dissozialen- und Affektstörungen bei den Verwandten hyperkinetischer Kinder im Vergleich zu normalen und psychiatrischen Kontrollgruppen auf. Auch besteht ein hohes Risiko für Depressionen in besonderem Maße bei Familien mit ADS, speziell in Komorbidität mit einer Störung des Sozialverhaltens.<sup>124</sup>

„(...) Zwillingsstudien konnten eine höhere Symptomkonkordanz bei eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen sowie hohe Heritabilitätskoeffizienten nachweisen (...). [Dennoch] ist vor einer Überschätzung der Heritabilität der HKS zu warnen, zumal wiederholt einge-

<sup>118</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 19, 21, 24.

<sup>119</sup> Vgl. Lempp (1987), S.105; Beke (2000), S. 83 ff. Siehe auch Hartmann (1987), S. 18 f.: „Blutungen in der Frühschwangerschaft, Sauerstoffmangel in der Schwangerschaft und während der Geburt, Glukosemangel während der Schwangerschaft, leichte Verletzungen während der Geburt durch Einsatz von Saugglocken, Zangen, Kaiserschnitt, ... Keuchhusten im Säuglingsalter.“

<sup>120</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 127. Vgl. auch Barkley (1997), S. 42; Trott (2000a), S. 113.

<sup>121</sup> Vgl. Jurisch (2000), S. 144 ff.; Löser (1995), S. 59 ff.

<sup>122</sup> Löser (1995), S. 63.

<sup>123</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 127; Wender (2002), S. 44.

<sup>124</sup> Vgl. Steinhausen (2000b), S. 27 ff.; Sandberg/Garralda (1996), S. 291 ff.

räumt worden ist, dass insbesondere den mütterlichen Beurteilungen ein Verzerrungsfaktor in der Wahrnehmung im Sinne einer Überschätzung der Ähnlichkeit des Verhaltens von Zwillingen zugrunde liegen könnte. Genetische Studien sind ferner durch die hohen Komorbiditätsraten belastet.“<sup>125</sup>

Trotz berechtigter Zweifel<sup>126</sup> kommen führende (Natur-) Wissenschaftler auf diesem Gebiet zum Konsens einer genetischen Disposition, da jedes vierte Kind mit ADS wenigstens einen biologischen Elternteil hat, der eine ähnliche Störung aufweist.<sup>127</sup> Störungen im Aufbau des Dopamin-Rezeptor-D4-Gens und des Transporter-Gens DAT 1 konnten bislang bei manchen Betroffenen nachgewiesen werden, und weitere Beteiligungen werden vermutet.<sup>128</sup> Die Art der Störungs-Übertragung konnte bislang nicht aufgezeigt werden, und es wird diskutiert, ob eventuell nicht die Störung selbst, sondern eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen pathogene Einflüsse auf die zerebrale Entwicklung vererbt werden könnte.<sup>129</sup>

Weitere pathogene Faktoren werden in der allergologischen Genese (maskierte Allergien) und toxischen (z.B. Umweltgifte, i.B. Polychlorierte Biphenyle (PCB)<sup>130</sup>, Blei, oder Nahrungsmittelzusätze<sup>131</sup> wie Phosphate, Glutamate, Konservierungsstoffe, etc. oder Reizüberflutung durch elektronische Medien<sup>132</sup>) vermutet.<sup>133</sup>

Der Umkehrschluss, dass sich in einer Gruppe von Kindern, die wegen atopischer Störungen behandelt wurden, mehr Kinder mit ADS befinden müssten als in einer nicht-atopischen Kontrollgruppe, ließ sich bis 1992 zwar nicht bestätigen, doch der

---

<sup>125</sup> Steinhausen (2000b), S. 26. Vgl. auch Mattner (2001), S. 15; von Lüpke (2001), S. 113, 122. Zur Wahrnehmungsverzerrung bei Müttern von Zwillingen vgl. Dornes (1993), S. 198 f.

<sup>126</sup> Vgl. Taylor (1986), S. 567; von Lüpke (2001), S. 120 f.: Von Lüpke weist darauf hin, dass von allen genetischen Dispositionen im Laufe des Lebens nur 15 % tatsächlich zur Ausprägung kommen, und dass dabei Umweltfaktoren eine maßgebliche Rolle spielen.

<sup>127</sup> Vgl. Zametkin (1995), S. 1871 ff.; The MTA Group (1999), S. 1078; Wender (2002), S.15, 37; Kienle (2003), S. 4.

<sup>128</sup> Vgl. Steinhausen (2000), S. 26.

<sup>129</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 20; Zametkin (1995), S. 1871 ff.; The MTA Group (1999), S. 1078; Wender (2002), S.15, 37 ; Swanson et al. (2002), S. 331.

<sup>130</sup> Vgl. Walkowiak et al. (2001), S. 1604 ff.

<sup>131</sup> Vgl. Kap. **2.8.3 Diät**.

<sup>132</sup> Vgl. Aichinger (2002), S. 40.

<sup>133</sup> Vgl. Barkley (1997), S 31, 42 f.; Wender (2002), S. 41.

---

Einfluss des noradrenergen und adrenergen Systems auf die Modulation von Immunfunktionen galt als gesichert.<sup>134</sup>

Bis heute ist man sich zwar dessen bewusst,

„dass Nahrungsmittel und Nahrungsmittelzusätze hyperkinetisches Verhalten auslösen können. Der Wirkungsmechanismus ist aber noch unklar.“<sup>135</sup>

Barkley betrachtete 1997 einzig die biologisch nachweisbaren Faktoren, wie Unterschiede in der Ausprägung der rechten Frontalregion des Gehirns und der Hirnaktivität sowie Häufigkeiten der Verbreitung im Hinblick auf Toxine und Vererbbarkeit. Im Zusammenhang der Störung mit einer eventuellen Heritabilität verwies der Autor auf den unvollständigen Stand der Wissenschaft betreffs der Aufschlüsselung einzelner DNS-Segmente bzgl. ihrer Funktion. Barkley erachtete psychosoziale Wirkfaktoren als unwissenschaftlich, weil diese weder in ihrer Ausprägung noch in ihrer Wirkung klar abgegrenzt zu untersuchen seien.<sup>136</sup>

Helmut Remschmidt warnte jedoch vor einer generalisierenden Interpretation genetischer Dispositionen:

„Ein häufiges Missverständnis in Diskussionen zum Anlage-Umwelt-Problem beruht darauf, dass davon ausgegangen wird, die Erkrankung als solche werde vererbt. Diese Meinung ist unrichtig, genetisch bedingt sein kann lediglich eine *Disposition* für bestimmte kinderpsychiatrische Erkrankungen. Ob eine derartige Disposition wirksam wird, hängt wiederum in hohem Maße von Umweltfaktoren ab.“<sup>137</sup>

## 2.5.2 PSYCHOSOZIAL-ÄTIOLOGISCHE ASPEKTE

Nach von Lüpke wirft jede Betrachtung von Verhaltensäußerungen, welche die Ursache lediglich in biochemischen Zusammenhängen sucht, die Frage nach dem zugrundeliegenden Menschenbild einer solchen Untersuchung auf. Von Lüpke for-

---

<sup>134</sup> Vgl. Roth et al. (1992), S. 79.

<sup>135</sup> Egger (2000), S. 124. Vgl. hierzu auch Wender (2002), S. 42 f.

<sup>136</sup> Vgl. Barkley (1997), S. 22 ff.

<sup>137</sup> Remschmidt (1987), S. 88.

---

dert die Zusammenarbeit von Human- und Naturwissenschaften und das Aufweichen linear-kausaler Zuordnungen hin zu einer systemischen Herangehensweise.<sup>138</sup>

Die Frage, ob jedes Kind in einer bestimmten Umgebung als *hyperaktiv* bezeichnet würde, bzw. beim Wechsel in eine andere Umgebung dort nicht mehr als solches gälte, sehen Sandberg und Garralda als Radikalperspektive der gültigen Annahme, dass psychosoziale Dispositionen nicht eine dichotome Bedingung für pathogenetische Einflüsse des ADS ausmachen, sondern in Abhängigkeit mit konstitutionellen Dispositionen der Beteiligten wirken (vgl. Modell 3: Interaktives Modell).<sup>139</sup>

Der Einfluss psychosozialer Bedingungen scheint jedoch die entscheidenden Impulse auf die Pathogenese zu geben,<sup>140</sup> zumal ADS den betroffenen Kindern die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erschwert. Die Probleme beginnen mit anfangs scheinbar leicht zu bewältigenden Konflikten im Elternhaus, die sich im Laufe der Jahre zu vermeintlich unüberwindbaren Schwierigkeiten manifestieren, sich als pädagogische Probleme über die Kindergartenzeit hinaus in die Schulzeit erhalten und auch auf den außerschulischen Bereich erstrecken, wo die Kinder meist schon früh zu Außenseitern werden.

Die Unfähigkeit der betroffenen Kinder, auf äußere Reize adäquat zu reagieren, behindert die soziale Kontaktaufnahme und fördert den Anschluss an dissoziale Peer Groups, welche wiederum die dissoziale Karriere begünstigen. Diese resultiert nach Gerald R. Patterson aus einer Reihe sich gegenseitig bedingender Faktoren wie geringem Selbstbewusstsein, sozialer Benachteiligung, ineffektiver Erziehungsmaßnahmen (inklusive ungenügender Führung und Kontrolle, eventueller körperlicher Züchtigung), mangelhafter elterlicher Selbstdisziplin und elterlicher Zurückweisung, sozialen Ausschlusses, dissozialer Peer Group, Schulversagen.<sup>141</sup>

Sandberg und Garralda fügten diesen Aktionen das sich entziehende Verhalten der Kinder als weiteren Bedingungsfaktor hinzu (Modell 4: Transaktionales Modell).<sup>142</sup> Die Autoren unterschieden bei den psychosozialen Ursachen zwischen auslösenden

---

<sup>138</sup> Vgl. von Lüpke (2001), S. 126 f.

<sup>139</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 282; Reuner/Oberle (2000), S. 147.

<sup>140</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 66 ff., 82; Lehmkuhl (1988), S. 88.

<sup>141</sup> Vgl. Patterson et al. (1992), S. 10; Sandberg/Garralda (1996), S. 284 ff.; Taylor et al. (1991), S. 69; Wender (2002), S. 36, 44 ff.

<sup>142</sup> Sandberg/Garralda (1996), S. 290.

und ursächlichen Faktoren, wobei die Zusammensetzung der einzelnen Dispositionen das Ausmaß der Störung ausmachten (z.B.: Ein Kind mit schwerem ADS in intaktem Elternhaus im Vergleich zu einem Kind mit leichter Hyperaktivität bei einer depressiven Mutter).<sup>143</sup>

Taylor et al. konnten nachweisen, dass die Eltern-Kind-Beziehung – und in signifikant höherem Maße die Mutter-Kind-Interaktion – bei Kindern mit hyperkinetischer Störung auffällig ist: Ungenügendes Interesse am Kind (Fehlende Wärme, wenig Kontakt<sup>144</sup>), niedrige Leistungserwartung, sowie exzessive Bestrafung, Inkonsistenz des Erziehungsverhaltens, häufig gefolgt von Schuldgefühlen, Ängstlichkeit und Nieder geschlagenheit.<sup>145</sup>

Hans-Georg Eisert sieht im hyperaktiven Verhalten von Kindern die Folge fehlerhafter Informationsverarbeitung und gleichzeitig eine Gefährdung der Mitschüler zu ebenfalls unangepasstem Verhalten. Er betrachtet Unkonzentriertheit und Aufmerksamkeitsstörungen als „Passepartout-Begriffe, die wesentlich auch dazu dienen, Unzufriedenheit mit einem Kind, Probleme im Umgang mit ihm, auszudrücken.“<sup>146</sup>

Bei Sandberg und Garralda gilt ADS als Vulnerabilitätsfaktor, der durch psychosoziale Bedingungen zum Syndrom generieren kann. Ihrer Ansicht nach fungiert die Umgebung dabei als Trigger Mechanismus oder Stressor.<sup>147</sup>

Gerald Hüther und Helmut Bonney nehmen diesbezüglich eine ähnliche Position ein, wonach das Gehirn eines Kindes sich besonders schnell den Umweltbedingungen anpasst und auf anhaltende äußere Reize mit neuronalen Verschaltungen reagiert – wie im Falle von ADS mit einem stark ausgeprägten dopaminergen System.<sup>148</sup> Hüther geht nicht von einem Dopamin-Mangel, sondern von einer Überproduktion aus, welche wiederum Wirkung und nicht Ursache von Erleben und Verhalten sei.<sup>149</sup>

---

<sup>143</sup> Sandberg/Garralda (1996), S. 302.

<sup>144</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 70.

Interessant ist hierbei, dass bei den Untersuchungen von Taylor et al. die Kontaktarmut des Vaters als einziger Wert mit 34% und um gleichsam 4% höher mit Hyperaktivität korrespondiert, als die Kontaktarmut der Mutter. Dies deutet auf das Bestehen eines Rollenverständnisses hin, bei dem der Vater die disziplinierende Funktion innerhalb der Familie einnimmt.

<sup>145</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 70; Barkley (1990), S.168; Wender (2002), S. 48 ff.

<sup>146</sup> Eisert (1988), S. 72.

<sup>147</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 318.

<sup>148</sup> Vgl. Hüther (2002), S. 25, 47. Vgl. hierzu auch Ayres (1998), S. 267 f.

<sup>149</sup> Vgl. Hüther (2002), S. 66.

---

Maria E. Pozzi<sup>150</sup> bezog eine ähnliche Position, indem sie Bruce D. Perrys<sup>151</sup> Erforschung der Auswirkung von Traumata und Gefahrensituationen auf das in Entwicklung begriffene Gehirn des Säuglings mit der möglichen Entstehung von ADS in Verbindung brachte,

„als das Verhalten dieser Kinder den von ihm beschriebenen neurologischen Übererregungsreaktionen oder dissoziativen Reaktionen ähnelt. Man könnte mutmaßen, dass dem ADHS traumatische oder belastende/bedrohliche frühe Erfahrungen zugrunde liegen und die Störung ein Abwehrverhalten, eine defensive Reaktion, darstellt, die aus solchen frühen Erfahrungen resultiert.“<sup>152</sup>

Wenn dem so wäre, könnte dies in Richtung der tiefenpsychologisch orientierten Position interpretiert werden, wonach die Störung als Folge von Stimmigkeit in der frühen Eltern-Kind-Beziehung und somit als Ergebnis der unbewussten Beeinträchtigung der Individuation gesehen wird.<sup>153</sup>

Auch aus der Perspektive der 70er Jahre, als man davon ausging, die Mangelercheinungen seien nur rein medikamentös vollständig behebbar, vertrat man die an sich widersprüchliche These, dass sich das Gehirn von Kindern besonders schnell anpasst und Funktionsstörungen ausgleicht.<sup>154</sup>

## 2.6 KOMORBIDITÄT

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird bzgl. psychiatrischer Komorbidität und Begleitstörungen eine Exploration der Eltern gefordert sowie Informationen vom Kindergarten bzw. von der Schule als auch eine Exploration des Patienten zu folgenden Aspekten:

---

<sup>150</sup> Vgl. Pozzi (2002), S. 186.

<sup>151</sup> Perry et al. (1995).

<sup>152</sup> Pozzi (2002), S. 186. Verhaltensreaktionen auf Traumata und Gefahrensituationen sind nach Perry motorische Hyperaktivität, Verhaltensimpulsivität, Überwachsamkeit. Vgl. Perry et al. (1995), S. 288.

<sup>153</sup> Vgl. von Lüpke (2001), S. 128; Dornes (1993), S. 154 ff.: Affect Attunement (Affektabstimmung).

<sup>154</sup> Vgl. Wender (1976), S. 51, 56. Der Autor schloss dabei von Versuchen mit kortikal teilläsierten Affen auf Kinder. Als weiteren Beweis seiner These sah er das Auswachsen des hyperaktiven Moments in eine Form der inneren Unruhe.

- „Störungen des Sozialverhaltens
- Umschriebene Entwicklungsstörungen, schulische Leistungsdefizite und Hinweise auf Teilleistungsschwächen
- Hinweise auf Intelligenzminderung (Lernbehinderung oder geistige Behinderung)
- Tic-Störungen (einschließlich Tourette-Störung)
- Negatives Selbstkonzept oder depressive Störungen
- Angststörungen (insbesondere Leistungsängste)
- Beeinträchtigte Beziehungen zu Familienmitgliedern, zu ErzieherInnen, LehrerInnen und zu Gleichaltrigen.

Die häufigste psychiatrische Komorbidität sind Störungen des Sozialverhaltens und umschriebene Entwicklungsstörungen. Emotionale Störungen werden am häufigsten übersehen.

Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik zur Abklärung von Intelligenzminderung, umschriebenen Entwicklungsstörungen oder Lernstörungen, soweit indiziert.“<sup>155</sup>

Eine oft beschriebene Komorbidität besteht in Enuresis, wonach 10% bis 15% aller 6jährigen Kinder mit ADS nachts einnässen. Seltener tritt Enkopresis auf.<sup>156</sup> Rothenberger fand Störungen der sensomotorischen Koordination als häufigste feinneurologische Zeichen (soft signs), sprach ihnen allerdings wenig diagnostische Relevanz zu.<sup>157</sup>

Klaus Skrodzki fasste die Anteilmäßigkeit von Komorbiditäten aller aktuellen, nicht im Einzelnen aufgeführten, Studien wie folgt zusammen:

„85%	Emotionale Störungen
33%	Depressive Störungen
27%	Angststörungen
80- 90%	Lernschwierigkeiten
62%	Leseschwäche
25 – 35%	Klassenwiederholer

<sup>155</sup> DGKJP (2000), Nr. 028/020. Vgl. APA (1996), S.186, vgl. auch Kap. 2.7 Differentialdiagnose.

<sup>156</sup> Vgl. Wender (2002), S. 23; Reuner/Oberle (2000), S. 144.

<sup>157</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 14.

- 65% erhebliche Verhaltensstörungen  
 Häufig in Kombination mit Tics/Zwangsstörungen,  
 Sprach-, Sprechstörungen [Hörstörungen<sup>158</sup>]  
 Häufiger Schulabbruch  
 Vielfach – Unfälle (Verkehr)
- 36% der 17jährigen ADHD einmal verhaftet, teilw. mehrfach (USA)  
 Tendenzuell häufiger vor Gericht und häufiger straffällig  
 Erhöhte Raten von Alkohol- und Drogenmissbrauch<sup>159</sup>

Wender betrachtete mit der Unterscheidung zwischen einer Störung des Sozialverhaltens und dem oppositionellem Trotzverhalten Lernstörungen, Drogenmissbrauch und Depression als häufigste Begleiterkrankungen.<sup>160</sup> Er untersuchte in den letzten 30 Jahren auch die Entwicklung der Störung in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter und stieß auf markante Zusammenhänge zwischen Alkoholmissbrauch und ADS.<sup>161</sup>

„Unsere Forschergruppe fand heraus, dass etwa ein Drittel der jungen Männer, die in einem Zentrum zur Behandlung wegen Alkoholmissbrauch wohnten, den gegenwärtigen Kriterien für Erwachsene mit ADHD entsprachen. Zwei Drittel hatten eine sichere Anamnese mit Blick auf ADHD für die Kindheit und eine wahrscheinliche für das Erwachsenenalter.“<sup>162</sup>

Hermann Löser stellte heraus, dass Kinder mit fetalem Alkoholkontakt zwar nicht als trockene Alkoholiker zur Welt kommen, weil Alkoholismus immer aus einer längeren Abhängigkeitsgeschichte resultiert, dass aber sowohl alkoholismusbegünstigende Faktoren als auch emotionale Labilität die suchtsteigernden Verhaltensmuster fördern.<sup>163</sup>

Analoge Untersuchungen von 1993 bis 1995 fasste Volker Heiduk zusammen, wonach bei Jugendlichen mit ADS Angststörungen zu 50%, Alkoholprobleme 20 bis

<sup>158</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 40.

<sup>159</sup> Skrodzki (2000), S. 26. Vgl. Reuner/Oberle (2000), S. 144.

<sup>160</sup> Wender gab Lernstörungen – kontrovers zu Skrodzki (2000), S. 26 – nur mit 20 bis 25 %, bzw. mit 30 bis 40% an. Vgl. Wender (2000), S. 56 f.; Wender (2002), S. 18.

<sup>161</sup> Vgl. Wender (2000), S. 56 f.; Wender (2002), S. 18; Löser (1995), S. 3, 65.

<sup>162</sup> Wender (2000), S. 57.

<sup>163</sup> Vgl. Jurisch (2000), S. 148; Löser (1995), S. 116.

---

30%, sonstige Drogenprobleme zu 20 bis 50% und (antisoziale) Persönlichkeitsstörungen zu 10 bis 30% bis ins Erwachsenenalter persistieren.<sup>164</sup>

Die zeitweise als erhöht gesehene Scheidungsrate von Eltern mit Kindern, die unter ADS litten, wurde von Sandberg und Taylor et al. bzgl. ihrer pathogenetischen Wertigkeit relativiert.<sup>165</sup>

Die generelle Belastung einer Andersartigkeit wird von allen Autoren erkannt und gilt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für deren Angehörige. Eine solche Belastung kann von den Angehörigen in gleichem Maße als störungsverursachend erlebt werden wie von den Betroffenen selbst.<sup>166</sup>

### **Störung des Sozialverhaltens**

„Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen größeren Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen.“<sup>167</sup>

Erst wenn das bezeichnete Verhalten über einen längeren Zeitraum andauert, spricht man von einer Störung des Sozialverhaltens (SSV). Per Definition der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird dieser Zeitraum mit sechs Monaten anberaumt. Es darf sich dabei nicht um eine von äußeren Umständen evozierte Phase handeln.<sup>168</sup>

Systemtheoretisch wird dissoziales Verhalten als Folge einer „geringe[n] Auswahl an verwendbaren binären Schematisierungen zur Reduktion der Komplexität zwischenmenschlichen und sozialen Interpenetration“<sup>169</sup> gesehen. Der zur Verfügung stehende binäre Schematismus könnte nach Roland Schleiffer „Akzeptanz versus Ablehnung (...) [sein] (...) entlang dem diese Kinder sozialisiert werden“<sup>170</sup>. Dieser Sche-

---

<sup>164</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 259.

<sup>165</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 285; Taylor et al. (1991), S. 80, 101.

<sup>166</sup> Vgl. Bowlby (1969), S. 311 ff.

<sup>167</sup> WHO (1991), S. 289.

<sup>168</sup> Vgl. DGKJP (2000), Nr. 028/020.

<sup>169</sup> Schleiffer (1988), S. 243.

<sup>170</sup> Schleiffer (1988), S. 243.

matismus beinhaltet geringe Risiken für das Selbstwertgefühl und ermögliche hohe Vorhersehbarkeit und Handlungskompetenz. Er sei das Resultat einer autopoietischen Anpassung des psychischen Systems an bestehende äußere und innere Konstellationen.

„Das auf Hochtouren laufende Kontrollbedürfnis Dissozialer drückt sich häufig aus in einer starken Ruhelosigkeit und Hyperaktivität, die ihnen Ausschlussmöglichkeit garantiert. Da sie selbst zur Reduktion der Komplexität nicht genügend Vertrauen (...) aufbringen können, ist für sie der Modus des Erlebens zu riskant, sodass sie selbst dauernd handeln zu müssen glauben.“<sup>171</sup>

Taylor et al. sahen kontradiktorisch aus biologisch-konstitutioneller Perspektive Hyperaktivität als Risikofaktor für eine Störung des Sozialverhaltens.<sup>172</sup> In diesem Zusammenhang führten die Autoren drei Kausaltheorien an: Störendes Sozialverhalten sei Ergebnis von

- der Unfähigkeit des betreffenden Kindes beim Lernen sozialer Aktivitäten (aufgrund biologischer Fehlfunktionen im Gehirn),
- gesellschaftlichen (vertreten durch die Familienmitglieder) Versagens beim Übermitteln der üblichen Regeln oder
- persönlicher Präferenzen und Motivationen des Kindes basierend auf seinen Lebenserfahrungen in Korrespondenz mit konstitutionellen Möglichkeiten.<sup>173</sup>

Sandberg und Garralda werteten als Ursache überaktiven Verhaltens Anomalien der Kognition, welche durch unzureichende Stimulation der Umgebung nicht adaptiert werden konnten.<sup>174</sup> Allerdings erkannten sie im Verhalten selbst keine singuläre Kausalität oder Konsequenz, sondern eine sich gegenseitig bedingende Interaktion aus beiderseitigem Fehlverhalten, nämlich *Erlernte Hilflosigkeit*<sup>175</sup> (Seligman) in Kombination mit *Self-fulfilling Prophecy*<sup>176</sup> (Salomon).<sup>177</sup>

<sup>171</sup> Schleiffer (1989), S. 21.

<sup>172</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 24; Hartmann (1987), S. 16.

<sup>173</sup> Vgl. Taylor et al. (1991), S. 5.

<sup>174</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 305.

<sup>175</sup> Vgl. Seligman (1975), S. 23; Seligman (1974), S. 93 f.

<sup>176</sup> Vgl. Salomon (1981), S. 1452.

<sup>177</sup> Vgl. Sandberg/Garralda (1996), S. 287, 289; Reuner/Oberle (2000), S. 147.

---

Diese neurobiologische Betrachtungsweise erklärt die systemische Perspektive auf anderer Ebene, beschreibt aber das gleiche Phänomen.<sup>178</sup>

Bei der Prävalenzbetrachtung geht Wender von einem Anteil von 35% an oppositionellem Trotzverhalten und einer 25%igen SSV bei Kindern mit ADS aus.<sup>179</sup> Heiduk fasste beide Verhaltensstörungen als SSV zusammen und benannte sie mit 40% bis 80% als häufigste komorbide Störung bei ADS/HKS überhaupt.<sup>180</sup> Wender unterschied diesbezüglich:

„Das Verhältnis beider Anteile ist wichtig: Nur einige Kinder mit ADHS weisen Störungen des Sozialverhaltens auf, während *fast alle* Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens an einer ADHS leiden. Die Kernproblematik bei der Störung des Sozialverhaltens besteht in einem ‚wiederholten, durchgängig auftretenden Verhaltensmuster, bei dem die Grundrechte der anderen oder wichtige soziale Normen und Regeln verletzt werden. Solche Kinder sind aggressiv, zerstören fremdes Eigentum, lügen und stehlen.‘ Ungefähr die Hälfte dieser Kinder zeigen auch als Erwachsene die gleichen Verhaltensweisen. Die ADHS ist in Kombination mit der Störung des Sozialverhaltens in der Regel schwerer ausgeprägt als ohne sie.“<sup>181</sup>

### Prosoziale Fähigkeiten

Neben den störenden Verhaltensweisen zeigen Kinder mit ADS oftmals eine Vielzahl prosozialer Fähigkeiten, welche oft weniger augenscheinlich sind:

- „Sie werden oft selbst von ihren Eltern, häufiger von Fremden und Nachbarn, als charmant, humorvoll, lustig und liebenswert beschrieben.
- Sie sind schon von klein auf sozial sehr offen und gehen bis zur mittleren Grundschulzeit interessiert, freundlich und angstfrei auch auf Fremde zu. Je mehr sie dann allerdings wegen ihres

---

<sup>178</sup> Vgl. Bowlby (1969), S. 311 ff.

<sup>179</sup> Vgl. Wender (2002), S. 18.

<sup>180</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 258.

<sup>181</sup> Wender (2002), S. 36.

als „vorlaut“, „aufdringlich“ oder „distanzlos“ erlebten Verhaltens moralisiert oder abgelehnt wurden, um so mehr bekommt die Offenheit eine drängend-aggressive und sozial (selbst-) destruktive Qualität.

- Viele hyperkinetische Kinder zeigen eine spontane, u.U. umsichtige Hilfsbereitschaft und fürsorglich-einfühlsames Verhalten, z.B. gegenüber den Großeltern, der Mutter, wenn sie krank ist, oder gegenüber sozial benachteiligten Mitschülern. Dies ist vor allem *dann* erkennbar, wenn das hyperkinetische Kind sein hilfreiches Tun *selbst* wählen kann.
- Hyperkinetische Kinder können mit Eifer anhaltend und phantasievoll kleinere Kinder beschäftigen und werden gern um Babysitter-Dienste gebeten, i.d.R. aber *nicht* in der eigenen Familie.
- In wohlmeinenden Einzelgesprächen können sie in die Störqualität des eigenen Verhaltens Einsicht zeigen und geben dabei auch zu erkennen, dass sei selbst an ihrem Verhalten leiden und sich bemühen, sich „angemessener“ zu verhalten.“<sup>182</sup>

Neuhaus beschreibt Kinder mit ADS aus eigener Beobachtung als kreativ, hilfsbereit, interessiert an Neuem und Spannendem, mit hohem Gerechtigkeitsinn ausgestattet, nicht nachtragend und mit einer optimistischen Grundtendenz.<sup>183</sup>

## 2.7 DIFFERENZIALDIAGNOSE

Die Diagnose erfolgt nach Götz-Erik Trott nicht kategorial, sondern dimensional. Dementsprechend kann die Intensität des ADS von einer diskreten Normvariante bis hin zu einem schwer beeinträchtigenden Leiden reichen.<sup>184</sup> Einer hieraus vermeintlich resultierenden Pauschaldiagnose wurde mit der Festlegung von Ausschlusskriterien vorgegriffen.

---

<sup>182</sup> Wolff (2000), S. 96.

<sup>183</sup> Vgl. Neuhaus (2000a), S. 110 f.

<sup>184</sup> Vgl. Trott (2000b), S. 273.

Sowohl in ICD-10 als auch DSM-IV-TR gelten die Diagnosen der tiefgreifenden Entwicklungsstörung, der Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung als Ausschlusskriterien. Im ICD-10 wird eine depressive Episode oder eine Angststörung ebenfalls ausgeschlossen. Das DSM-IV-TR fordert außerdem, dass die hyperkinetischen Symptome nicht durch eine andere psychische Störung besser beschrieben werden.<sup>185</sup>

Die Ausschlusskriterien des ICD-10 wurden von Taylor et al. 1991 mit ähnlichem Wortlaut herausgearbeitet und validiert.<sup>186</sup>

Wender weist gesondert auf die Unterschiede zwischen ADS und dem **Borderline-Syndrom** bzw. **Borderline Personality Disorder** (BPD) sowie Bipolaren Störungen, i.B. der **Zyklothymia**, hin. Einen wesentlichen Unterschied machen bei diesen beiden Störungen die Phasen der Euphorie aus, die beim ADS eher als Aufregung erlebt werden. Auch fehlen häufige Selbstmordgedanken, Identitätsstörungen und zeitweilige **Paranoia**.<sup>187</sup>

Lauth und Schlottke differenzierten die Ausschlusskriterien der Manuale zusätzlich in vorübergehende Lern- und Leistungsschwierigkeiten, geistige Behinderung und möglicherweise bedingende kritische Ereignisse.<sup>188</sup>

Rothenberger schließt grob-neurologische Abnormalitäten, Hirnschädigungen und Soft Signs aus, da diese als „diagnostisch unspezifische Merkmale, die keine unmittelbare Beziehung zur Verhaltensebene der ADD- Symptome herzustellen erlauben“<sup>189</sup>, gälten.

Die hinsichtlich Traumatisierungen durchgeführten Studien, welche Hyperaktivität in Verbindung mit sexueller Gewalt<sup>190</sup> überprüften, bestätigten nach Barbara El-Kabbani vorangegangene Untersuchungen, wonach kein signifikanter Unterschied

---

<sup>185</sup> Vgl. Döpfner (1997), S. 15; WHO (2001), S. 285; First/Tasman (2004), S. 159.

<sup>186</sup> Taylor et al. (1991), S.17.

<sup>187</sup> Vgl. Wender (2000), S. 56.

<sup>188</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 22.

<sup>189</sup> Rothenberger (1988), S. 12. Vgl. auch Rutter (1989), S. 2; Kado/Takagi (1996), S. 248.

<sup>190</sup> Diese Thematik wurde ausgewählt, weil sich sowohl in der therapierten als auch in der Kontrollgruppe Kinder mit Verdacht auf körperliche und/oder sexuelle Gewalt befanden.

---

für das Auftreten von Misshandlungen zwischen Kindern mit hyperaktiver Störung und denen der Kontrollgruppe nachgewiesen werden konnte.<sup>191</sup>

Heiduk verlangte, dass auch internistische und somatische Ursachen wie z.B. Hör- und Sehstörungen oder Allergien ausgeschlossen werden sollten, da die Krankheiten und Medikamente, die zu deren Behandlung eingesetzt werden, ebenfalls motorische Unruhe oder Impulsivität auslösen können. Der Autor empfiehlt Laboruntersuchen, Chromosomenanalysen, EKG-, PET-, CT- und EEG- Untersuchungen, psychologische Testungen, die u.a. auch die Bewertung der Zeichnung und Schrift einschließen, sowie eine eventuelle stationäre Beobachtung.<sup>192</sup>

CT-Untersuchungen sind nach Sichtung vorliegender Untersuchungen von Shinichiro Kado und Ryuro Takagi besser durch Magnetic Resonance Imaging bzw. Magnet-Resonanz-Tomografie (MRI bzw. MRT) zu ersetzen, da diese Darstellung die Vergrößerung des rechten Frontallappens deutlicher zeigt und weniger gesundheitliche Risiken birgt. PET-Untersuchungen sind in den USA aufgrund ihrer gesundheitsschädigenden Wirkung bei Kindern untersagt, verdeutlichen aber bei erwachsenen Probanden mit ADS eine 8%ige Verringerung des Glukosehaushaltes im präfrontalen Kortex. Dies ist allerdings kein ein-eindeutiger Hinweis auf ADS.<sup>193</sup>

Alan J. Zametkin und Wendi Liotta raten zur diagnostischen Nutzung der funktionalen Magnet Resonanz Tomografie bzw. functional Magnetic Resonance Imaging (fMRT bzw. fMRI), weil diese mit der integrierten Software Bewegungen ausgleichen könne und für Menschen mit ADS besser geeignet sei. Außerdem befürworten sie die Single Photon Emission Tomography (SPECT), da sie zwei verschiedene Rezeptoren-Typen gleichzeitig zu messen vermag.<sup>194</sup>

---

<sup>191</sup> Vgl. Eckstein-Al-Kabbani (1999), S. 190.

<sup>192</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 260 ff.; Trott (2000b), S. 273 f.

<sup>193</sup> Vgl. Kado/Takagi (1996), S. 251 ff.; Rubia et al. (1999), S. 8.

<sup>194</sup> Vgl. Zametkin/Liotta (1998), S. 18.

## 2.8 THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Eine Indikation steht immer in direktem Zusammenhang mit der vermuteten Ursache der Störung. Daher zeichnen sich in der Literatur der letzten Jahre divergierende Meinungen ab:

- Die vorwiegend vertretene Ansicht ist jene, wonach es sich bei ADS um eine genetisch verursachte neuronale Störung handelt, welche durch Umweltbedingungen in ihren Auswirkungen vermindert oder verstärkt werden kann. Dementsprechend wird zumeist eine multimodale Therapie in Form von Medikation in Kombination mit psychologischer Hilfe, i.d.R. Verhaltenstherapie, empfohlen.<sup>195</sup>
- Eine enger gefasste Sicht vertritt Wender, der die medikamentöse Therapie bei manchen Kindern mit ADS als die einzig notwendige Therapie ansieht. Er erachtet begleitende Therapien wie Verhaltenstherapie und Elternberatung nur dann als angebracht, wenn die medikamentöse Therapie alleine nicht ausreicht.<sup>196</sup>
- Im Gegenzug dazu lehnen Hüther und Bonney<sup>197</sup> die Medikamentierung mit Stimulanzien wegen ihrer negativen Langzeitwirkung bei Versuchen mit Ratten ab und raten statt dessen zu Familientherapie, um bei den betroffenen Kindern durch anders geartetes Erleben die Bildung neuer Nervenzellverschaltungen zu ermöglichen.<sup>198</sup>
- Der tiefenpsychologische Ansatz sieht die motorische Abfuhr und erhöhte Aggression als Versuch des Kindes, schädliche Introjekte wieder loszuwerden. Diese Introjekte seien unbewusst feindselige Regungen der primären Bezugspersonen, welche die benötigten Spiegelerfahrungen zur Ausbildung des Selbst ersetzen und den noch fragilen affektiven Kern der Persönlichkeit des Kindes zu vergiften drohten.

Aufgabe der/des psychoanalytisch orientierten Pädagogen sei es daher, die „Spannung des gestörten Kindes, und damit das vermeintlich Böse [weil eventuell aus Kindheitserfahrungen der/des Pädagogen als unbewältigt verbliebene und als

---

<sup>195</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 23 f.; Barkley et al. (1990; 2000); Barkley (1997); Döpfner (1997; 1998; 1999); Lauth (1997).

<sup>196</sup> Vgl. Wender (1976), S. 56; Wender (2002), S. 62.

<sup>197</sup> Vgl. Hüther/Bonney (2002); Thimm (2002).

<sup>198</sup> Vgl. Burmeister (2001), S.170 ff.

bedrohlich erfahrene] im Kind selbst“<sup>199</sup> auszuhalten.<sup>200</sup>

Diese Perspektive behandelt das hyperkinetische und impulsive Verhalten als Ausdruck der Insuffizienz der motilitätskontrollierenden kinetischen Funktion des Ichs und sieht seinen Sinn in der Bewältigung verursachender Konflikte.<sup>201</sup>

- Margarete Liebrand kritisierte aus der pädagogisch-psychologischen Perspektive heraus die Annahme, endogene Faktoren seien dominierend bei der Entwicklung von Aufmerksamkeit.<sup>202</sup> Sie bemängelte bei der darauf basierenden Therapie die Ignoranz verschiedener Formen von Aufmerksamkeit,<sup>203</sup> und sie kritisierte die Vernachlässigung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse bei der medizinischen Herangehensweise.
- John Bowlby erklärte abweichendes Verhalten mit dem basalen Bindungsmuster: „Bei Kindern mit ‚ängstlich-ambivalenter, bzw. ‚ängstlich-vermeiden-der‘ Bindung wird diese Aktualisierung [der Eltern- und Selbstrepräsentanzen] durch den ‚abwehrenden Ausschluss‘ widersprüchlicher Erlebnisse und Informationen dagegen zumindest teilweise verhindert, weil die aufgrund besagter Arbeitsmodelle generalisierten und weitgehend unbewusst gewordenen Interaktionsmuster mehr oder weniger unkorrigiert fortbestehen, selbst wenn die betreffende Person von Dritten später ganz anders behandelt wird.“<sup>204</sup>
- A. Jean Ayres betrachtete die Erkenntnisse der Bindungsforschung<sup>205</sup> aus der biologischen Perspektive. Sie verstand ADS als sensorische Integrationsstörung und stimulierte zur Behandlung das vestibuläre, das propriozeptive, das taktile, das auditive und das visuelle System der Betroffenen.<sup>206</sup>
- Bei der Untersuchung, auf welche Stimuli hyperaktive Kinder wie reagieren, zog Jan J. van der Meere den Schluss, dass Kinder sich nur dann hyperaktiv verhal-

---

<sup>199</sup> Gerspach (2001), S. 75.

<sup>200</sup> Vgl. Gerspach (2001), S. 59 ff.

<sup>201</sup> Vgl. Häußler/Hopf (2002), S. 22 ff.

<sup>202</sup> Vgl. Liebrand (2002), S. 228 ff.

<sup>203</sup> Dieser Aussage stehen die Arbeiten von Van der Meere (1996), Barkley (1997), Brandeis (2000) und Petermann (2001) entgegen.

<sup>204</sup> Bowlby (1995), S. 122.

<sup>205</sup> Zur Bindungstheorie vgl. Schleiffer (1998a), S. 143 ff., zur Autopoiesis abweichenden Verhaltens vgl. Schleiffer (1989), S. 21 f.

<sup>206</sup> Vgl. Ayres (1998), S. 87 ff.

ten, wenn sie gelangweilt sind. Demnach gälte es lediglich, die Kinder in richtigem Maße zu motivieren.<sup>207</sup>

- Die systemische Perspektive und die der heilpädagogischen Anthropologie beleuchten hyperaktives Verhalten nicht als Störung des Menschen, sondern als dessen sinnhafte Reaktion auf äußere Begebenheiten. Letztere geht von der Frage nach dem Wesen des Menschen und dessen grundsätzlicher Kohärenz als Körper-Seele-Geist-Einheit aus und sieht in der Reduzierung eines Kindes auf seine Funktionalität die eigentliche Störung. Beiden Ansätzen zufolge gilt es nicht, das Verhalten des betroffenen Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen zu verändern, sondern mikro- und makrosoziale Umgestaltungen vorzunehmen sowie Toleranz gegenüber der Andersartigkeit Betroffener zu entwickeln. Solche Umgestaltungen müssten gleichsam den in Schulen und Kindergärten erhobenen linearen Leistungsanspruch und das darin implizierte Menschenbild reformieren.<sup>208</sup>

Therapieübergreifend kann Wenders Beurteilung gelten, dass mit dem heutigen Wissensstand über das Heranwachsen und die Entwicklung von Kindern mit ADS eine frühzeitige Behandlung effektiver ist als eine spät ansetzende.<sup>209</sup> Und unabhängig davon, welche Verfahren eingesetzt werden, ist nach Taylor die sorgfältige Diagnose das Fundament, auf dem aufgebaut wird.<sup>210</sup>

## 2.8.1 MULTIMODALE THERAPIEN

Multimodale Therapien, bei denen die Beratung der Eltern die Grundlage bildet, werden generell als am effektivsten bewertet,<sup>211</sup> denn

„der relative Misserfolg einer Therapie mag auch darin begründet liegen, dass das Kind anschließend auf starre Rollen-Erwartungen trifft: Dass ihm so begegnet wird, als verhielte es sich nach wie vor hyper-

<sup>207</sup> Vgl. Van der Meere (1996), S. 138. Vgl. hierzu auch Sandberg/Garralda (1996), S. 305.

<sup>208</sup> Vgl. Lempp (1987), S. 93 ff.; Mattner (2001), S.13 ff.; Balgo/Klaes (2001), S. 141; Burmeister (2001), S. 185.

<sup>209</sup> Vgl. Wender (2002), S. 55. Vgl. auch Miller et al. (2002), S. 447; Ryffel (2003), S. 3.

<sup>210</sup> Vgl. Taylor/Hemsley (1995), S. 3.

<sup>211</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 76; Trott (2000a), S. 117; Wells et al. (2000a), S. 550; Swanson et al. (2002), S. 329.

aktiv-aggressiv – mit dem Ergebnis, dass die alten Verhaltensmuster wieder aktiviert werden.“<sup>212</sup>

Eine Variante multimodaler Therapien wurde in Form des Therapieprogramms zur Anleitung für Therapeutinnen und Ärzte (THOP)<sup>213</sup> entwickelt. Dieses THOP schließt die Beratung der Eltern mit ein und stellt Verhaltenstrainings in spielerischer Form vor. Die leicht verständliche Version für Eltern kann auch ohne ärztliche Intervention als Handbuch genutzt werden und hilft den betroffenen Eltern, ihr Verhalten in bezug auf ihr Kind zu modifizieren, sodass sie ihrem Kind eindeutige Signale (Verstärker) als Antwort auf dessen Verhaltensäußerungen geben und es auf diese Art umerziehen. Mit Namen, die an Spiele erinnern, z.B. Wettbewerb der lachenden Gesichter, soll das Training sowohl für Eltern als auch für Kinder leichter gemacht werden. Die angestrebten Verhaltensänderungen der Eltern (Klarheit im Erziehungsverhalten durch bewusstere und vor allem eindeutigere Signalisierung ihrer Wünsche gegenüber ihren Kindern) und der Kinder (Kontrolle ihrer Impulse) können auch langfristig Änderungen im Erleben bewirken, wenn nämlich die erhofften Erfolge für Eltern (Respektierung ihrer Wünsche durch die Kinder) und für die Kinder (Positive Reaktion der Eltern auf ihr Verhalten) eintreten.<sup>214</sup>

Döpfner et al. wiesen darauf hin, dass das störende Verhalten, nachdem es einmal erfolgreich vermieden wurde, in Zeiten von erhöhtem Stress (z.B. Schulwechsel, Pubertät, etc.) wieder auftreten kann und eine erneute Folge von Trainings notwendig macht.<sup>215</sup>

Lauth und Schlottke haben mit einer erweiterten Variante multimodaler Therapien zusätzlich zum Kindertraining und der Elternberatung eine LehrerInnenberatung zur Kompensierung der Lernzielgefährdung entwickelt,<sup>216</sup> die von Kerstin Naumann, einer Mitarbeiterin des Teams, als sehr effektiv bewertet wurde.<sup>217</sup> Auf die im THOP aufgeführten Hinweise für Schule und Kindergarten geht Naumann in ihrer vergleichenden Bewertung nicht ein. Dort werden die verhaltenstherapeutischen Bausteine,

---

<sup>212</sup> Eisert (1988), S. 80.

<sup>213</sup> Vgl. Döpfner et al. (1997).

<sup>214</sup> Vgl. Döpfner et al. (1999).

<sup>215</sup> Vgl. Döpfner (1999), S. 204 ff.

<sup>216</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S.182 ff.; Biegert (2000), S. 79 ff.

<sup>217</sup> Vgl. Naumann (2000), S. 220.

---

wie z.B. der Punkte-Plan als Token-System in das schulische Umfeld, bzw. den Kindergarten übertragen.

Als Erweiterung der Kombination von Beratung, Verhaltens- und Pharmakotherapie, die Döpfner et al. einsetzen, haben Lauth und Schlottke überdies ein Gruppentraining für soziale Kompetenzen erarbeitet, wodurch das eigentliche Störverhalten, der soziale Umgang, modifiziert werden soll. Das Therapiekonzept von Lauth und Schlottke enthält des Weiteren den Therapiebaustein zur individualisierten Wissensvermittlung, um störungsbedingte Lerndefizite aufzuarbeiten und Lernstrategien zu entwickeln.<sup>218</sup>

Naumann bestätigte auch hierzu die Effizienz der untersuchten multimodalen Therapien und forderte zu weiteren Evaluationsstudien unter Berücksichtigung des Transferbereichs Umgang mit Gleichaltrigen auf.<sup>219</sup>

Arthur L. Robin<sup>220</sup> und Mitarbeiter entwickelten und erprobten für Familien von Jugendlichen mit ADS (bzw. ADHD) eine Kombination aus den Elementen:

- Familienberatung (2-3 Sitzungen: Feststellung der Situation, Information zum Thema, Aufsetzen eines Therapievertrags über Art, Maßnahme und Dauer (15-20 Sitzungen insgesamt) der Intervention),
- Medikation (1-2 Sitzungen: Information zum Thema, Kontaktaufnahme zwischen Jugendlichen und niedergelassenem Arzt, regelmäßige Kontrolle der Situation),
- Elternkontrolle (2-3 Sitzungen: Einschätzung des eigenen Verhaltens, Maßnahmenkatalog in Form eines Familienvertrags)
- Verhaltensmodifizierung für den Schulalltag des Jugendlichen (2-3 Sitzungen: Feststellung der Defizite, Grundlagen, Verhaltensweisen im Schulalltag, Anwendung von Stimulans- und Kontrolltechniken)
- Training von Problemlöse- und Kommunikationsstrategien (6-7 Sitzungen: Aufzeigen und Einüben der Strategien mit Einsatz von Hausaufgaben unter Zuhilfenahme verhaltenstherapeutischer Maßnahmen wie Verstärkung, Lernen am Modell, etc.)

---

<sup>218</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 42.

<sup>219</sup> Vgl. Naumann (2000), S. 220.

<sup>220</sup> Vgl. Robin (1990), S. 462 ff.

- Kognitive Restrukturierung (2-3 Sitzungen: Überprüfung der Einstellung, Wünsche und Zielvorstellungen des Jugendlichen)
- Individuelle Psychotherapie des Jugendlichen (kann auch schon früher einsetzen: Keine festgelegte Anzahl von Sitzungen zur Erarbeitung von Selbstkontroll- und Coping-Strategien, Verbesserung des Selbstbewusstseins, etc.)
- Trennungsphase (1-2 Sitzungen: Rückblick, Besprechung der Vorgehensweise bei eventuellen zukünftigen Schwierigkeiten, Festlegung eines Rahmenplanes für Follow-Ups)

Diese Therapie basiert auf den Erfahrungswerten und Einschätzungen der Autoren und wurde bislang nicht objektiv auf ihre Wirksamkeit hin überprüft.<sup>221</sup>

Helmut Remschmidt betonte im Interview mit Hartmann die sorgfältige Diagnose, die vor Beginn jeder therapeutischen Intervention erfolgen muss, und die Hinweise darauf gibt, was zu tun ist. Seiner Meinung nach beginnt der multimodaltherapeutische Weg bei ADS nach der Diagnose mit (1) der Modifikation des Erlebens und Verhaltens des Kindes. Danach sollte (2) eine schrittweise Einbeziehung in Gruppensituationen erfolgen und (3) eine sorgfältige Beratung der Eltern stattfinden. Als vierten möglichen Schritt zeichnet Remschmidt die (4) medikamentöse Behandlung auf, die es dem Kind ermögliche, „in einem wichtigen Abschnitt seiner Entwicklung Schritt zu halten mit anderen Kindern, und deswegen wird dieses Medikament auch in der ganzen Welt gegeben“<sup>222</sup>.

Über eine alternative multimodale Therapie aus homöopathischer Medizin, Bewegungs- und Kunsttherapie liegen derzeit zwar einzelne Erfahrungsberichte vor,<sup>223</sup> aber es besteht noch Forschungsbedarf bzgl. etwaiger Evaluationen.

## 2.8.2 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Die erstmals als effektiv dokumentierte medikamentöse Behandlung von Kindern mit Symptomen des ADS begann, indem der Pflanzenextrakt des Schachtelhalms

---

<sup>221</sup> Vgl. Robin (1990), S. 467 ff., 497.

<sup>222</sup> Hartmann (1987), S. 52. Remschmidt bezog sich im Interview auf das Hyperkinetische Syndrom (HKS) und wurde im Zusammenhang mit der frühkindlichen Hirnfunktionsstörung zitiert.

<sup>223</sup> Vgl. Kluge(2002), S. 24.

(Ephedra Vulgaris) in der Asthmatherapie durch das Amphetaminderivat Benezedrin ersetzt wurde. Als solches verabreichte ihn Charles Bradley erstmals 1935 an unruhige, unaufmerksame und impulsive Kinder mit erfolgreicher Wirkung.<sup>224</sup> Bradley erklärte sich diesen Erfolg, indem er das unangepasste Verhalten der Kinder als Ausdruck ihrer Unzufriedenheit mit ihrem Leben interpretierte und die euphorisierenden Amphetamine als medikamentöse Maßnahme betrachtete, die es den Kinder ermöglichte sich glücklicher zu fühlen, wodurch sie nicht mehr so aggressiv, trotzig und zurückweisend sein mussten.<sup>225</sup>

Um den Teufelskreis von *abweichendem Verhalten – Reaktion – abweichendes Verhalten*<sup>226</sup> zu vermeiden bzw. zu durchbrechen, sollen die betroffenen Kinder baldmöglichst zu positiven Erfahrungen geführt werden. Nachweislich am effektivsten gelingt dies, indem ihre Wahrnehmung medikamentös verändert und die Kern-Symptome (Hyperaktivität, Impulsivität, Unaufmerksamkeit) vermindert werden. Z.B: 70% der mit Stimulanzien behandelten Kinder und 60% der Erwachsenen profitieren bzgl. ihres Verhaltensrepertoires deutlich von der Behandlung,<sup>227</sup> womit zwar der Wirkmechanismus bestätigt ist, aber keine Kausalzusammenhänge bewiesen werden.<sup>228</sup>

Die Medikation wird häufig als eine Art Substitutionstherapie gesehen, da sie wie das Insulin bei Diabetikern oder die Brille bei Menschen mit Sehschwäche fehlende Stoffe zur Verfügung stelle, bzw. den Körper zur Produktion veranlasse, die dieser selbst nicht gebildet hatte.<sup>229</sup>

Konträr zu dieser Auffassung stellte Pozzi in Anbetracht ihrer Erfahrungen als Psychoanalytikerin in der Behandlung betroffener Kinder und deren Familien die Frage für wen Ritalin® verschrieben würde und kam zu dem Schluss:

„Wir konnten sagen, dass Ritalin dieser Familie dabei geholfen hatte, den Kreislauf der Negativität, der Hilflosigkeit und der elterlichen Pro-

---

<sup>224</sup> Vgl. Trott (2000b), S. 270.

<sup>225</sup> Vgl. Laufer (1975), S. 107.

<sup>226</sup> „Labeling approach“ nach Amelang (1986), S. 219. Vgl. Dodge (1985), S. 84; Wender (2002), S. 45.

<sup>227</sup> Vgl. Dupaul/Barkley (1990), S. 612; Schachar (1996), S. 436; Trott (2000a), S. 107, 114, 116; Wender (2002), S.15.

<sup>228</sup> Vgl. Karch (2002), S. 6.

<sup>229</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S.397 ff. ; Trott (2000b), S.279; Wender (2002), S. 63.

jektionen in das Kind zu durchbrechen, aber wir mussten uns sehr lange mit den Schwierigkeiten auseinandersetzen, bevor es zu dem entscheidenden Durchbruch kam. Wäre die Mutter in der Lage gewesen, ihre eigene Verletzlichkeit mit mir oder einem anderen Therapeuten zu erforschen, hätte man dem kleinen Stewart dieses Medikament und all seine unbekanntes Folgen ersparen können.“<sup>230</sup>

Die Ansichten über die Ätiologie der Störung scheinen so unvereinbar wie die Behandlungsansätze.<sup>231</sup> Und die in den Medien geführte Diskussion über die Gabe von Medikamenten – zumeist der Stimulans Ritalin<sup>®</sup> – führte bei den Eltern betroffener Kinder zu großer Verunsicherung, weil neben der Infragestellung des Störungsbildes auch kritische Aspekte der Ritalin<sup>®</sup>-Gabe laut wurden. Nebenwirkungen wie Tics, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, etc. und die Angst vor einer späteren Parkinson-Erkrankung, wie sie Hüther ankündigte,<sup>232</sup> sollten den unbedarften Umgang mit den Medikamenten verhindern. Statt dessen sorgten Berichte über die rapide Zunahme der Verordnung von Methylphenidat am Beispiel Ritalin<sup>®</sup> für Misstrauen<sup>233</sup> über die Korrektheit der Indikation.<sup>234</sup> Zudem wurde der Herstellerfirma (Novartis) die Propagierung gewöhnlichen Trotzverhaltens als Symptomatik vorgeworfen, was bei vielen Eltern Zweifel an der Erkrankung ihrer Kinder hervorrief. Die Pharmakonzerne unterstützten die Befürworter der Stimulanzien-Gabe, und einzelne religiöse Vereinigungen schürten eine Anti-Ritalin<sup>®</sup>-Kampagne.<sup>235</sup> Aber auch renommierte unabhängige Zeitungen und Zeitschriften waren mit divergierenden Ratschlägen „Gegen die Unruhe von Geist und Körper“<sup>236</sup> überflutet.

---

<sup>230</sup> Pozzi (2002), S. 178.

<sup>231</sup> Vgl. Häußler/Hopf (2002), S. 26.

<sup>232</sup> Vgl. Hüther (2002), S. 71 ff.

<sup>233</sup> Im Umgang der Autorin mit Eltern betroffener Kinder konnte jedoch eine kritischere Haltung gegenüber Pharmakotherapie nur dort festgestellt werden, wo Eltern schon vor der Medienflut sorgsamem Umgang mit Medikamenten betrieben hatten. Die Elterngruppen, die von den publizierten Meinungen unberührt blieben, waren diejenigen, deren Umgang mit Medikamenten generell eher unbedarft bis unverantwortlich war. Letztendlich entscheiden die Eltern, ob dem Rat der behandelnden ÄrztInnen Folge geleistet und zur Medikation die angeratene Begleittherapie angestrebt wird.

<sup>234</sup> Vgl. Schubert (2001), S. 541 ff.

<sup>235</sup> Vgl. Barkley et al. (1990), S. 36 ff.

<sup>236</sup> Sahm (1999). Vgl. Thimm/Hüther (2002), S. 220; Barkley et al. (2002), S. 96 ff.

Barkley veröffentlichte zusammen mit über 80 KollegInnen aus aller Welt ein Statement, das die positive Wirkung der Medikamente bestätigte und unbegründete Vorwürfe entkräften sollte.<sup>237</sup>

Auch wenn die Veröffentlichungen und Gegendarstellungen beider Seiten viele Eltern betroffener Kinder verunsicherten, blieben Medikamente die allgemeine Behandlungsform.<sup>238</sup>

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bezeichneten bei hyperkinetischen Störungen (F90) die Pharmakotherapie „im allgemeinen [als] die Medikation der Wahl“<sup>239</sup>, rieten jedoch zu sorgfältiger Abschätzung des Bedarfs. Empfohlen wurde eine begleitende therapeutische Maßnahme, die – im Gegensatz zur Pharmakotherapie – eine dauerhafte Veränderung auch nach Ende der Therapie ermögliche.<sup>240</sup>

Medikamentöse Behandlung wirkt nicht bei allen Kindern gleich, daher werden verschiedene Mittel eingesetzt. Die Dosierung muss im Einzelfall unter Berücksichtigung des Körpergewichts und des Metabolismus erkundet werden. Bei allen im Folgenden beschriebenen Medikamentengruppen konnten in der therapeutischen Anwendung keine süchtigmachenden Eigenschaften festgestellt werden.<sup>241</sup>

„Beim Einsatz medikamentöser Therapien mit Stimulanzien, Neuroleptika oder auch anderen Psychopharmaka mit bisher wenig überzeugender Wirkung ist zu beachten, dass Verbesserungen in einzelnen Leistungs- und Verhaltensbereichen mit Verschlechterungen anderer psychischer Teilbereiche verbunden sein können. Die Auswahl des Medikaments muss deshalb stets individuell erfolgen und auf die das Kind am meisten beeinträchtigende Symptomatik gerichtet sein.“<sup>242</sup>

Eine wichtige Hilfe bei der Medikamentengabe ist die Einbeziehung des Kindes in die Medikation, das Erklären der Wirkung und der Notwendigkeit, sodass auch das Kind

---

<sup>237</sup> Vgl. Barkley et al. (2002).

<sup>238</sup> Vgl. Dupaul (1990), S. 573; Wender (2002), S. 15.

<sup>239</sup> DGKJP (2000), Nr. 028/019.

<sup>240</sup> Vgl. auch Becker/Wehmeier (2003), S. 472.

<sup>241</sup> Vgl. Poustka (2000), S. 167, 173; Trott (2000a), S. 114; Wender (2002), S. 64.

<sup>242</sup> Taylor/Hemsley (1995), S. 3. Vgl. auch Roth (1992), S. 81.

---

Veränderungen überprüfen und nachvollziehen kann und nicht noch mehr Schamgefühl bzgl. seiner Störung und notwendigen Behandlung ausbildet als es ohnehin schon hat.<sup>243</sup> Die Auswirkung einer unreflektierten Medikamenteneinnahme kann auch sein, dass das Kind sein eigenes Mitwirken in der Verhaltensmodulation als unerheblich erachtet und mangelhafte Wirksamkeit der Droge als Ausrede für unerwünschtes Verhalten benutzt.<sup>244</sup>

### 2.8.2.1 Stimulanzen

Die Gruppe der Methylphenidate und Dextroamphetamine ist die am gründlichsten untersuchte Behandlungsmethode und bildet die nach naturwissenschaftlichen Standards effektivste Medikation bei vornehmlicher Überaktivität und Impulsivität:<sup>245</sup> Ca. zwei Drittel aller betroffenen Kinder sprechen gut auf Stimulanzen an,<sup>246</sup> Mädchen in gleichem Maße wie Jungen.<sup>247</sup> Im Placebovergleichstest konnten sich Jungen nach einem Wutkontrolltraining unter der Einwirkung von Methylphenidat besser gegen Provokation verschließen und Autorität besser akzeptieren als nach Einnahme von Placebos.<sup>248</sup>

In der Schweiz, im Kanton Neuenburg, untersuchte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den genauen Verbrauch an Ritalin<sup>®</sup> zwischen 1996 und 2000. Die Studie erwies eine Steigerungsrate im Verbrauch von Ritalin<sup>®</sup> um 690%, während der Anstieg der behandelten Patienten 470% betrug. Davon waren im Jahr 2000 80% Kinder zwischen sechs und fünfzehn Jahren. Deren Verbrauch an Ritalin<sup>®</sup> wurde in dieser Zeit um 770% gesteigert, wobei sich die Behandlung bei Kindern zwischen acht und elf Jahren häuft.

Diese enorme Steigerung, die sich vergleichsweise in der gesamten Schweiz und Mitteleuropa abzeichnet, erklärt das BAG damit, dass Eltern und LehrerInnen von Kindern mit ADS besser über die Folgeschwere der Störung informiert worden wa-

---

<sup>243</sup> Vgl. Trott (2000b), S. 277; Wender (2002), S. 77; Spencer et al. (2002), S. 16.

<sup>244</sup> Vgl. Taylor (1986), S. 570.

<sup>245</sup> Vgl. Eisert /Eisert (1987), S. 277; Taylor (1995), S. 2; Trott (2000a), S. 114, 116; Poustka (2000), S. 167; Spencer et al. (2002), S. 17; Kienle (2002), S. 1.

<sup>246</sup> Vgl. Wender (1976), S. 61; Poustka (2000), S. 174; Trott (2000a), S. 117; Brown (2000), S.136; Wender (2002), S. 65; Ryffel (2003), S. 2 f.

<sup>247</sup> Vgl. Wysong/Adler (2003), S. 2.

<sup>248</sup> Vgl. Hinshaw (1989), S. 403.

ren, wenn diese unbehandelt bliebe und beurteilt die Verschreibung durch Fachkräfte in Kombination mit psychologischer Unterstützung als womöglich hilfreich.<sup>249</sup>

Methylphenidat und d-Amphetamin werden in diversen Formen verabreicht. Bei den zur Behandlung eingesetzten Medikamenten in Tablettenform mit unterschiedlicher Dosierung und Wirkdauer Ritalin<sup>®</sup>, Medikinet<sup>®</sup>, Concerta<sup>®</sup> und Adderall<sup>®</sup> handelt es sich um Methylphenidat-Derivate, welche die Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin anregen und dessen Wiederaufnahme verhindern sollen. Die Medikamente werden oral verabreicht und wirken nach ca. einer halben Stunde für bis zu vier Stunden.<sup>250</sup> Obgleich eine unmittelbare Veränderung im Verhalten festgestellt werden könne, verbessert nach Rothenberger die Methylphenidatbehandlung in keiner systematischen Art und Weise die lokale frontale Hirnminderdurchblutung. Statt dessen werden Kompensationsmechanismen anderer cerebraler Regionen angenommen.<sup>251</sup> Stimulanzen „verbessern (...) das Leistungstempo, nicht aber die Leistungsqualität“<sup>252</sup>.

In gleicher Weise wirke Amphetaminsaft (DL-Amphetamin Saft), wobei sensibel reagierende Kinder auf den Glucosezusatz ungünstig reagierten.<sup>253</sup> Weitere wirksame Stimulanzen seien L-Amphetamin, AN1 (Amfetaminil<sup>®</sup>) und Fenetyllin, das aus einer Verbindung von Theopsyhllin und Amphetamin besteht, aber außerhalb Deutschlands keine Rolle spielt, (Handelsname: Captagon<sup>®</sup>) sowie Pemonlin (Tradon<sup>®</sup>).<sup>254</sup> Letzteres wird wegen des Risikos von akutem Leberversagen und der hohen Todesrate<sup>255</sup> als *Präparat zweiter Wahl* bezeichnet – ergo nur verwendet, wenn Präparate erster Wahl nicht greifen – und unter Wahrung von Sicherheitsmaßnahmen angewendet.

Die Halbwertszeit der einzelnen Stimulanzen liegt zwischen 0 und 3 Stunden und gleichzeitige Nahrungsaufnahme erhöht die Resorptionsgeschwindigkeit, sodass die

---

<sup>249</sup> Vgl. BAG (2002), S. 284 ff.

<sup>250</sup> Concerta<sup>®</sup> wirkt durch verzögerte Abgabe (slow release) „über den Tag bis in den Nachmittag hinein“. Martinius (2003a), S. 651.

<sup>251</sup> Vgl. Rothenberger (1988), S. 21.

<sup>252</sup> Roth (1992), S. 81.

<sup>253</sup> Vgl. Ryffel (2003), S. 4.

<sup>254</sup> Vgl. Poustka (2000), S. 169 ff.; Wender (2002), S. 66; Karch (2002), S. 7 f.

<sup>255</sup> „Nachdem Berichte vom Hersteller vorlagen, dass seit 1996 unter der Behandlung wenigstens 13 Fälle von akutem Leberversagen und elf Todesfälle aufgetreten sind, wird es viel seltener eingesetzt“, Wender (2002), S. 66. Vgl. Spencer et al. (2002), S. 17.

Medikation mehrmals täglich verabreicht werden muss, um eine längerfristige Wirkung zu erzielen. Mittlerweile sind auch Langzeitpräparate erhältlich, deren Einsatz je nach Sensitivität der Patienten anfangs zu vermehrten Schlafstörungen führt, und die daher eingeschlichen werden müssen.<sup>256</sup>

„Da die Stimmung durch Stimulanzen bei den Respondern niemals euphorisierend verändert wird, sondern – wenn sie sich überhaupt verändert – eher zu einer gedrückten, oft überempfindlichen Stimmungslage führt, werden diese Kinder nicht abhängig, was ein wichtiger Hinweis ist.“<sup>257</sup>

Eine Kontraindikation besteht bei Kindern mit Minderbegabung und einer Tendenz zu Stereotypen i.B. Tics, da diese durch Stimulanzenmedikation verstärkt werden können. Jugendliche Heranwachsende in Michigan beschrieben folgende Nebenwirkungen:

- Appetitminderung (34%),
- Einschlafschwierigkeiten (23%) [erhöhter Blutdruck und Puls]<sup>258</sup>,
- Magenschmerzen (23%),
- Kopfschmerzen (10%),
- Traurigkeit (8%),
- Verstärkte Hyperaktivität (8%) [Reboundphänomen]<sup>259</sup>,
- Tics, Zuckungen (2%).<sup>260</sup>

Die Notwendigkeit der Stimulanzen sollte einmal jährlich durch längerfristiges Absetzen überprüft werden. Wenn in einer Familie Suchterkrankungen bekannt sind, sollte wegen der Gefahr von missbräuchlichem Beigebrauch durch Angehörige die Verordnung sorgfältig überwacht werden.<sup>261</sup>

Eine Suchtgefährdung durch die Einnahme von Stimulanzen besteht nicht. Die Dosierung muss lediglich dem jeweiligen Körpergewicht angepasst und somit im Laufe

---

<sup>256</sup> Vgl. Trott (2000b), S. 275 f.; Poustka (2000), S. 169 ff.

<sup>257</sup> Poustka (2000), S. 167. Vgl. Trott (2000a), S. 114.

<sup>258</sup> Vgl. Spencer et al. (2002), S. 17.

<sup>259</sup> Vgl. Ryffel (2003), S. 8.

<sup>260</sup> Vgl. Robin (1990), S.477.

<sup>261</sup> Vgl. Poustka (2000), S. 167, 174; Trott (2000), S. 115.

der Zeit geringfügig erhöht werden.<sup>262</sup> Neueste Untersuchungen belegen, dass das Suchtrisiko von ehemals ADS-diagnostizierten Jugendlichen durch die Behandlung sogar um 85% reduziert wird.<sup>263</sup>

Wachstumsstörungen, die aufgrund der Einschlafschwierigkeiten bei zu später Einnahme der Stimulanzien, vermutet werden (da das Wachstum während des Schlafes geschieht), werden nicht als dauerhaft beschrieben und setzen sofort mit Beendigung der Einnahme wieder aus, wobei

„(...) die geschilderten Effekte geringfügiger Art sind und die meisten Ärzte, die Kinder mit ADHS behandeln, der Ansicht sind, dass der Nutzen für die Psyche des Kindes *mögliche* Veränderungen der Wachstumsrate überwiegt.“<sup>264</sup>

Die These Hüthers et al., wonach Stimulanzien eine Parkinson-Erkrankung nach sich ziehen können,<sup>265</sup> wurde mittlerweile hinsichtlich der Aussagekraft der durchgeführten Experimente relativiert<sup>266</sup> und von stimulanzenbefürwortender Seite vehement negiert, wonach es „Grund zur Sorgfalt, aber keinen Grund zur Sorge“<sup>267</sup> gäbe.

„Es genügt nicht Ritalin oder ein anderes Stimulans zu verschreiben, sondern das Medikament muss korrekt in der jeweils individuell nötigen Dosierung verschrieben und die Behandlung über die ganze Zeit hin immer wieder kontrolliert und auch hinterfragt werden!“<sup>268</sup>

Vor den fatalen Auswirkungen einer Nichtbehandlung mit Stimulanzien wird oftmals mit nahezu drohender Vehemenz gewarnt:

„Es ist zudem zu beachten, dass wir beim Einsatz alternativer Methoden bewusst auf eine in bis zu 80 – 90% erfolgreiche und vor allem bewährte Behandlung verzichten und damit Gefahr laufen, später reaktive Sekundärerkrankungen und ein häufig fast völlig fehlendes Selbstwertgefühl von ADS - Betroffenen zu riskieren.“<sup>269</sup>

---

<sup>262</sup> Vgl. Wender (2002), S. 66.

<sup>263</sup> Vgl. Biederman et al. (1999), S. 2; Huss et al. (2000), S.192; Biederman (2003), S. 3.

<sup>264</sup> Wender (2002), S. 73.

<sup>265</sup> Vgl. Hüther/Bonney (2002), S. 72 f.; Arznei-Telegramm (2002).

<sup>266</sup> Vgl. Moll et al. (2002), S. 22 f.; Karch et al. (2002), S. 6; Schulz (2002), S. 1576.

<sup>267</sup> Rothenberger (2002), S. 159. Vgl. auch Höger et al. (2002), S. 1.

<sup>268</sup> Ryffel (2002), S. 5.

<sup>269</sup> Ryffel (2002), S. 5.

### 2.8.2.2 Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Imipramin und Desipramin) und Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSWI) sind nach Wender Mittel der Wahl, wenn Stimulanzien unwirksam bleiben. In Kombination mit Stimulanzien jedoch bestünde bei der Gabe serotonerger Medikamente die Gefahr einer serotonergen Krise.<sup>270</sup> Außerdem könnten zyklische Antidepressiva die Erregungsleitung des Herzens verzögern und zu einer Beeinträchtigung der Herzfunktion führen. Auch kam es in der Behandlung mit dem Antidepressivum Desipramin bei Kindern mit ADS unter sehr hoher Dosierung zu Todesfällen.<sup>271</sup>

Dennoch würden Antidepressiva empfohlen, um Stimmungsschwankungen bei der Behandlung mit Stimulanzien zu stabilisieren und bei einer ausgeprägten Tic-Komorbidity.<sup>272</sup> Im amerikanischen Raum tendieren Ärzte nach Trott zu Bupropion, was dem in Deutschland angewendeten Venlafaxin ähnele.<sup>273</sup>

Die gebräuchlichsten Zusammensetzungen an Antidepressiva, so Wender, seien Imipramin (Tofranil<sup>®</sup>) und Amitriptylin (Saroten<sup>®</sup>). Wie auch Neuroleptika verursachten Antidepressiva manchmal Schläfrigkeit, die aber meistens im Laufe der Zeit verschwänden. Nebeneffekte wie Reizbarkeit, trockener Mund, leichte Verstopfung und leichte Benommenheit verschwänden ebenfalls in der Regel oder könnten durch leichte Senkung der Dosis kontrolliert werden. Selten käme es zu Allergien.<sup>274</sup>

Antidepressiva wirkten weniger gut als Stimulanzien bei ADS und es entwickle sich häufiger eine Toleranz (häufig schon nach sechs bis acht Wochen) gegenüber den Mitteln. Der dritte Grund, weshalb sie nur selten bei ADS eingesetzt würden, sei der, dass man noch keine Untersuchungen zu Langzeitwirkungen durchführen konnte.<sup>275</sup>

---

<sup>270</sup> Vgl. Poustka (2000), S. 173; Rothenberger (2002), S. 160; Wender (2002), S. 74; Moll et al. (2002), S. 20.

<sup>271</sup> Vgl. Wender (2002), S. 74; Spencer et al. (2002), S. 18.

<sup>272</sup> Vgl. Spencer et al. (2002), S. 18.

<sup>273</sup> Vgl. Trott (2000b), S. 275.

<sup>274</sup> Vgl. Wender (1976), S. 70 ff.

<sup>275</sup> Vgl. Wender (2002), S. 74 f.

### 2.8.2.3 Neuroleptika

„Die am häufigsten verwendeten [neuroleptischen] Medikamente sind (die Liste ist bei weitem nicht vollständig) Chlorpromazin (Megaphen<sup>®</sup>), Thioridazin (Mellaril<sup>®</sup>), Trifluoperazin (Stelazin<sup>®</sup>), Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>).“<sup>276</sup>

Haloperidol beeinflusst nach Roth „in tranquilisierenden Dosen die hyperkinetische Aktivität und fördert die soziale Einordnung, wirkt aber durch die Verlangsamung des Arbeitstempos eher ungünstig auf die Konzentration.“<sup>277</sup>

Neuroleptika sind nach Wender indiziert, wenn die Kinder aggressiv, oppositionell und affektiv gestört, i.B. ängstlich reagieren. Die Medikamente riefen anfangs Schläfrigkeit hervor, aber diese Wirkung verschwände meistens nach einigen Tagen oder Wochen. Allergien könnten innerhalb der ersten Wochen oder Monate auftreten und mit Hilfe eines Blutbildes erkannt werden. Häufig würden die mit Neuroleptika behandelten Kinder empfindlich gegen Sonneneinstrahlung und reagierten mit juckendem Ausschlag. Auch Muskelsteifheit, Zittern und Unsicherheit könnten Nebenwirkungen der Neuroleptika sein.<sup>278</sup>

### 2.8.2.4 Antihypertensiva

Das bei der Behandlung von Hypertonie verwendete Medikament Clonidin (Capapressan<sup>®</sup>) und der Wirkstoff Guanfacin wurden bei der Behandlung von Einschlafschwierigkeiten unter der Gabe von Stimulanzien und bei aggressiven Kindern mit ADS eingesetzt. Allerdings gilt seine Nutzen-Risiko-Relation, so Thomas J. Spencer, als ungünstig, weshalb es nur selten verordnet wird. Guanfacin, das ähnlich wie Clonidin aber weniger sedierend wirke und den Blutdruck weniger stark senke, eigne sich gut zur Reduktion einer Tic-Komorbidität. Wegen des erhöhten Rebound-Effektes müsse auch hier die Gabe genau abgewägt werden.<sup>279</sup>

---

<sup>276</sup> Wender (1976), S. 67. Vgl. Poustka (2000), S. 169 ff.

<sup>277</sup> Roth (1992), S. 81.

<sup>278</sup> Vgl. Wender (1976), S. 69 f.

<sup>279</sup> Vgl. Spencer et al. (2002), S. 19; Wender (2002), S. 76.

### 2.8.2.5 Atomoxetine

Atomoxetine (Strattera<sup>®</sup>), auch bekannt als Tomoxetine, sind selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer und wirken gemäß Katja Becker und Peter M. Wehmeier über eine hochselektive Hemmung des präsynaptischen Noradrenalintransporters, was zur Erhöhung der Noradrenalkonzentration im synaptischen Spalt führt. Sie gehören nicht zu den Psychostimulanzien und unterliegen keiner Beschränkung im Sinne eines Betäubungsmittelgesetzes.<sup>280</sup>

Spencer stellt Atomoxetine mit Fluoxetinen als potente Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer gleich. Sie gälten in den USA wegen ihrer guten Verträglichkeit und der Wirksamkeit bei den Kernsymptomen des ADS und komorbidem oppositionellem Trotzverhalten sowie Depressionen als Medikament der Zukunft. Atomoxetine erwiesen sich im Vergleich zu Methylphenidat und einem Placebo als ähnlich effektiv wie die Stimulans. Als seltene (nicht signifikant häufiger als bei der Placebo-Gruppe) Nebenwirkungen wurden verzeichnet: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, emotionale Labilität. Signifikant häufig war Appetitlosigkeit, selten (7% bei Atomoxetine im Vergleich zu 8,9% beim Placebo und 27% bei Methylphenidat) machte sich Schlaflosigkeit bemerkbar.<sup>281</sup>

Eine neunmonatige Langzeitstudie bewies gute Wirksamkeit bei den Kernsymptomen und zeigte eine signifikante Erhöhung der Herzfrequenz, vor allem bei jüngeren Patienten auf.<sup>282</sup>

### 2.8.2.6 Homöopathie und Naturheilkunde

Die klassisch homöopathische Medizin beurteilt das Gesamtbild neurologischer Zeichen des Gesichtes, der Extremitäten, Schlafverhalten, Handlungsrepertoire, Sprachentwicklung und Sozialverhalten.<sup>283</sup>

Im Rahmen einer randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie mit homöopathischer Medikation erwies sich die Homöopathie als wirksame Behandlung

---

<sup>280</sup> Vgl. Becker/Wehmeier (2003), S. 472.

<sup>281</sup> Vgl. Spencer et al. (2002), S. 19 ff.

<sup>282</sup> Vgl. Wysong/Adler (2003), S. 2.

<sup>283</sup> Vgl. Galic (2002), S. 32 ff.

von ADS-Kindern.<sup>284</sup> Die verabreichten Medikamente<sup>285</sup> wurden individuell abgestimmt und teilweise über dreieinhalb Monate eingestellt. Auch mit dieser Behandlung konnten keine anhaltend kurativen Effekte verzeichnet werden. Die sanfte Behandlungsart sowie die Abwesenheit jeglicher Nebenwirkungen mache die Homöopathie dennoch zu einer echten Alternative zu Ritalin<sup>®</sup>, so Heiner Frei.

Bei einem anderenorts geschilderten Einzelfall der klassischen Homöopathie hatte sich Neon (Neon C30 und später Neon LM 30),<sup>286</sup> bei einem weiteren Cola C 1000<sup>287</sup> als wirksam erwiesen.

Von einer anthroposophischen Behandlung wird eine positive Einzelerfahrung von Magnesium phosphoricum acidum D3 in Kombination mit Eurythmie und Kunsttherapie berichtet.<sup>288</sup>

Andere Einzelfalldarstellungen beschreiben die wirksame Gabe von NeyCalm<sup>®</sup>-Tropfen, Mikroalgen und Leinöl oder Hanföl (auch als Kapsel, CLA-Öl<sup>®</sup>) zum Ausschleichen und Ersetzen von Ritalin<sup>®</sup>. Später wurde NeyCalm<sup>®</sup> in Kombination mit Brainaktiv<sup>®</sup> gegeben.<sup>289</sup>

Eine weitere als erfolgreich beschriebene Einzelanwendung bestand aus AFA-Algen in Kombination mit Nachtkerzenöl als Träger der Gamma-Linolensäure, die eine Vorstufe der Prostaglandine bildet, welche wiederum Regulatoren des Stoffwechsels sind. Nachtkerzenöl wird in Kapselform als Unigamol<sup>®</sup> gegeben, als Gammacur<sup>®</sup> oder Neobonsen<sup>®</sup>.<sup>290</sup>

Das Homöopathikum Zappelin soll Betroffene durch seine ausgleichende Wirkung ruhiger werden lassen.<sup>291</sup> Diese Aussage ist jedoch nicht in Form einer kontrollierten Prüfung gegen Placebo belegt, sondern stammt aus einer Befragung von behandelnden Ärzten.<sup>292</sup>

---

<sup>284</sup> Vgl. Frei (2002), S.48 ff.

<sup>285</sup> „Lyc., Calc., Sulph., Bell., Caust., Phos., Ign., Nux-v., Arg-n., Sep., Lach., Merc., Puls., Sil., Ars., Staph., Agar., Bar., Bry., Chin., Hep., Hyos., Nat-m. und Stam.“ Frei/Thyrneisen (2001), S. 184 f.

<sup>286</sup> Vgl. Strelow (2002), S. 62.

<sup>287</sup> Vgl. Schuster (2002), S. 60.

<sup>288</sup> Vgl. Kluge(2002), S. 24.

<sup>289</sup> Vgl. Aichinger (2002), S. 41.

<sup>290</sup> Vgl. Diemer (2002), S. 32.

<sup>291</sup> Das Komplexmittel besteht aus Calcium hypophosphorosum, Chamomilla, Cuprum metallicum, Kalium phosphoricum, Staphisagria und Valeriana. Vgl. Apotheken Journal (2002), S. 41.

<sup>292</sup> Vgl. Martinius (2003b), S. 169.

---

Obschon bislang für homöopathische Medikamente keine Nebenwirkungen nachgewiesen wurden, sei mit Joest Martinius vor einem verharmlosenden Umgang gewarnt: „Substanzen, die psychische Wirkung erzielen, ob nun homöopathisch oder allopathisch, sind Psychopharmaka.“<sup>293</sup>

### 2.8.3 DIÄT

„Die Ernährung kann sich unterschiedlich auf das Verhalten auswirken. Man unterscheidet folgende Möglichkeiten:

- Nahrungsmittel-Unverträglichkeit (d.h. eine reproduzierbare physische oder psychische Reaktion nach Einnahme eines bestimmten Nahrungsmittels, die unabhängig davon eintritt, ob sich der Patient des Nahrungsmittels bewusst ist oder nicht).
- Psychologisch bedingte Reaktion auf ein Nahrungsmittel: Die Reaktion tritt nur dann ein, wenn sich der Patient der Einnahme des betreffenden Nahrungsmittels bewusst ist.
- Interaktion zwischen diesen beiden Möglichkeiten.“<sup>294</sup>

Joseph Egger erachtet die in den 70er Jahren von Ben F. Feingold<sup>295</sup> entwickelte Diät ohne Salicylate, Farb- und Konservierungsstoffe als möglicher Weise effektive Behandlungsmethode bei ADS, da in allen die Feingold-Diät widerlegenden Studien gravierende Fehler unterlaufen sind, welche die Ergebnisse komplett verfälschen (Eigene Doppelblindstudien zur Stützung seiner These führte Feingold nie durch)<sup>296</sup>. Beispielsweise ging man beim Evaluieren von einer Direktwirkung der Diät aus und untersuchte daher keine der Reaktionen, die erst Stunden oder Tage später deutlich werden, auch verwischten die Ergebnisse der Doppelt-Blind-Studie, als auf eine Auswaschphase zwischen Verum-Arm und Placebo-Arm gewechselt wurde. Zudem wurde in vielen Studien Schokolade in Form von Getränken oder Keksen als Träger-substanz für Verum und Placebo verwendet, was eventuelle Reaktionen verschleier-

---

<sup>293</sup> Martinius (2003b), S. 169.

<sup>294</sup> Egger (1995), S. 117.

<sup>295</sup> Vgl. Feingold (1975), S. 799 ff.

<sup>296</sup> Vgl. Reh (1984), S. 145.

te; denn nach aktuellem Wissensstand kann auch Schokolade hyperkinetisches Verhalten auslösen.<sup>297</sup>

In punkto Phosphat-Unverträglichkeiten nach Herta Hafer<sup>298</sup> konnte Egger weder in vorangegangenen noch in eigenen Doppelt-Blind-Studien signifikante Ergebnisse erzielen. Gleichsam sind Erfahrungen von einzelnen Eltern betroffener Kinder und von MitarbeiterInnen der Landesklinik in der Haard zu verzeichnen, die eine deutliche Korrelation zwischen Nahrungsmittelzusätzen und Verhaltensstörungen aufzeigen. Bei Hartmann wird mit dem Zitat Eysencks: „Der Umstand, dass zwei Dinge besonders häufig zusammen auftreten, beweist nicht, dass das eine das andere verursacht“<sup>299</sup> auf die multifaktorelle Konstellation von Diäten hingewiesen, die eine monokausale Erklärung der Wirkweise ausschließt. Im anschließenden Interview mit Helmut Rottka wird dem multikausalen Charakter des zu behandelnden Syndroms Rechnung getragen, der eine einzelne wirksame Behandlung ad absurdum führt.<sup>300</sup>

Egger evaluierte die oligoantigene Diät (auch Eliminationsdiät), wonach symptomprovozierende Nahrungsmittel in Doppelt-Blind-Versuchen ertestet und vermieden wurden, mit signifikanten Erfolgen, bezeichnet sie allerdings als *aufwändig und teuer*.<sup>301</sup> Ein weiteres Problem, so Dieter Karch, könne die Symptomfixierung der gesamten Familie sein, die bei der Diät mitarbeiten muss:

„Der Goldstandard für den Nachweis [einer Allergie] ist (...) eine systematische Prüfung. Hierzu muss zunächst eine etwa zweiwöchige Phase mit einer Basisdiät erfolgen, bei der maximal zwei Nahrungsmittel aus jedem Bereich (Fleisch, Gemüse, Obst, Getreide) verabreicht werden.

Danach werden im Abstand von mehreren Tagen die vermuteten Allergene oder Antigene hinzugefügt. Besteht eine echte Allergie kann auch eine schwerwiegende Sofortreaktion auftreten, sodass dieses Vorgehen nicht ohne jedes Risiko ist. (...) Die Zusammenarbeit mit

---

<sup>297</sup> Vgl. Egger (1995), S. 118. Eine detaillierte Auflistung aller Studien zur Feingold-Diät findet sich bei Reh (1984), S. 139 ff.

<sup>298</sup> Hafer (1984), S. 26 f.

<sup>299</sup> Hartmann (1987), S. 74.

<sup>300</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 74 ff.; von Lüpke (2001), S. 128.

<sup>301</sup> Vgl. Egger (1995), S. 120 ff.; Wender (2002), S. 79.

Ärzten, die eine besondere Erfahrung in der Allergologie besitzen, ist zu empfehlen.“<sup>302</sup>

Karen L. Harding et al. testeten an einer Gruppe von jeweils zehn Kindern zwischen sieben und zwölf Jahren eine individuell abgestimmte Diät aus Nahrungsmittelergänzungen im Vergleich zu Ritalin® und konnten für beide Gruppen übereinstimmend gute Verbesserungen in Aufnahmefähigkeit und Verhalten feststellen. Die Zusammenstellung der Nahrungsmittelergänzungen erfolgte aus einer Auswahl von 55 verschiedenen Produkten, die den individuellen Anforderungen des jeweiligen Kindes entsprachen und durch einen Ernährungswissenschaftler bestimmt wurden. In Anbetracht der Heterogenität von Kindern mit der Diagnose ADS kann es den AutorInnen zufolge keine allgemeingültige Diät geben. Dass eine angepasste Diät so wirksam ist wie die medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien, konnte im Fall der 20 untersuchten Kinder belegt werden.<sup>303</sup>

Nahrungsmittel haben demnach Auswirkungen auf das Verhalten und können auch Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit verursachen. Ob bei einem Kind eine Unverträglichkeit vorliegt muss im Einzelfall getestet werden.<sup>304</sup>

### 2.8.3.1 Nahrungsmittelergänzungen

Vor der generalisierenden Heilungserwartung, wie sie bei AFA-Algen – auch als AKFA- oder Alpha-Algen angeboten – propagiert wird, warnen das deutsche Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM):

„(...), dass es für derartige medizinische Wirkungen solcher als Nahrungsergänzungsmittel angebotener AFA-Algen-Produkte keinerlei wissenschaftliche Belege gibt.“<sup>305</sup>

Als cyanobakterienhaltiges Präparat werden AFA-Algen als nervenschädigend und aufgrund möglicher Verunreinigungen eventuell als leberschädigend eingestuft.<sup>306</sup>

---

<sup>302</sup> Karch (2003), S. 7 f.

<sup>303</sup> Vgl. Harding et al. (2003), S. 324 ff.

<sup>304</sup> Vgl. Kado/Takagi (1996), S. 267.

<sup>305</sup> BGVV (2002), S. 1.

<sup>306</sup> Vgl. BGVV (2002), S. 2.

---

Produkte aus AFA-Algen in Tabletten- oder Pulverform haben meist geringen Nährwert oder wenig verwertbare Anteile an deklarierten Vitaminen (z.B. B<sub>12</sub>). Bislang widersprechen sich die vorliegenden Untersuchungsergebnisse. Gründe für die teilweise nachgewiesenen Wirksamkeit könnten nach Meinung der Befürworter in den enthaltenen Aminosäuren, Omega-3-Fettsäuren, Mineralstoffen und Vitaminen liegen.<sup>307</sup>

Da auch Leinöl und Hanföl Omega-3-Fettsäuren enthalten, liegt möglicherweise in diesem Bestandteil die positive Wirkkraft, da diese Fettsäuren vom menschlichen Körper nicht erzeugt werden können, sondern über die Nahrung aufgenommen werden müssen.<sup>308</sup> Laura J. Stevens et al. untersuchten Jungen mit einem mittels Bluttest nachgewiesenen niedrigeren Omega-3-Fettsäurestatus, die symptomatisch an hohem Durst, trockener Haut, trockenem Haar und häufigem Harndrang litten. In der Untersuchung konnte belegt werden, dass ein niedriger Omega-3-Fettsäurespiegel verstärkt mit Verhaltensproblemen aus der Symptomatik des ADS korreliert. Aus den bis dato vorliegenden Untersuchungen zum Omega-3-Fettsäurehaushalt von Menschen und Versuchstieren schlossen die Autoren einen direkten Zusammenhang zwischen dem Fettsäurespiegel und diversen Verhaltensauffälligkeiten.<sup>309</sup>

Die Behandlung von ADS mit Fischölen als Nahrungsergänzung greift aufgrund der hohen Konzentration an Omega-3 Fettsäuren schon nach 1-2 Wochen.<sup>310</sup> Während sich Omega-3-Fettsäurebehandlungen in Studien zu Depressionen, Bipolaren Störungen, Demenz und Schizophrenie als hochwirksam bis teilweise wirksam erwiesen, zeigten Studien zur Behandlung von ADS widersprüchliche Ergebnisse, die teils auch in der verzögerten Effizienz und Verwischungen von Placebo- und Verumwirkung begründet sind. Die Anwendung von Omega-3-Fettsäuren wird bis zum Vorliegen eindeutiger Studien als mögliche Alternative bei Non-Respondern gesehen.<sup>311</sup>

---

<sup>307</sup> Vgl. Dittrich (2003), S. 212 f.

<sup>308</sup> Vgl. Esser (2003), S. 531.

<sup>309</sup> Vgl. Stevens et al. (1996), S. 918.

<sup>310</sup> Vgl. Esser (2003), S. 533.

<sup>311</sup> Vgl. Pomerantz (2001), S. 2; Martinez/Marangell (2004), S. 4; Esser (2003), S. 533.

### 2.8.3.2 Vitamin-Therapie

Oftmals fordern Eltern anstelle chemischer Medikamente die Gabe von Vitaminen in Form einer Megavitamintherapie, wie sie schon zur Behandlung von Verhaltensstörungen eingesetzt wurde. Allerdings ist deren Wirksamkeit weder erwiesen, noch ist die Anwendung weniger risikoreich als die Behandlung mit Chemikalien, da auch Vitamine in mehrfach erhöhter Dosis schädlich bis tödlich sein können.<sup>312</sup> Gift ist bekanntlich eine Frage der Dosierung.

### 2.8.4 ELTERNBERATUNG

Eltern von Kindern mit ADS zeigen mehr Zeichen von psychischem Stress und ein höheres Risiko für psychische Störungen als Eltern gesunder Kinder.<sup>313</sup> Der Stress mit dem unerklärlichen Verhalten des Kindes und den Vorwürfen durch umgebende Personen kann soweit gehen, dass eine plausible Diagnose für eine Störung des Kindes Erleichterung schafft. Dennoch bleiben Schuld- und Versagensgefühle,<sup>314</sup> die das familiäre Zusammenspiel verkomplizieren.

Aber auch unangemessenes Verhalten vonseiten der Eltern, wie Überprotektion, Unstrukturiertheit, Unfähigkeit zur Äußerung positiver Gefühle gegenüber dem Kind, vielleicht aufgrund von eigenen Identifikationsproblemen, stören die Eltern-Kind-Interaktion.<sup>315</sup>

Diese beiden Faktoren mögen als Erklärung dafür gelten, dass Eltern-Training und Elternberatung die beiden meistgefragtesten Angebote der ADHD-Clinic der University of Massachusetts Medical Center sind. Arthur Anastopoulos und Russel A. Barkley behandeln dort seit ca. 25 Jahren die Eltern von Kindern mit ADS und entwickelten ein Programm, das sie aus folgenden Gründen für alle Eltern empfehlen:<sup>316</sup> Begrenzte Wirkung von medikamentöser Therapie der betroffenen Kinder; denn

---

<sup>312</sup> Vgl. Wender (1976), S. 72; Wender (2002), S. 76.

<sup>313</sup> Vgl. Barkley (1997), S.147 ff.

<sup>314</sup> Vgl. Hartmann (1987), S. 15.

<sup>315</sup> Vgl. von Schwerin (1988), S. 33; Eisert (1988), S. 77; Lehmkuhl (1988), S. 84 f.

<sup>316</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S. 397 ff.

- bei 20-30% aller Schulkinder und einer höheren Zahl an Vorschulkindern (in Nord-Amerika) zeigen Stimulanzen keine oder nicht die gewünschte Wirkung,
- die Medikamente ändern nicht das Eltern(fehl)verhalten, um angemessen auf die Veränderungen im Verhalten der Kinder zu reagieren,
- sie helfen den Eltern nicht, ihre eigenen Verhaltensschwierigkeiten zu bewältigen.
- Kinder mit ADS haben meistens mehr Schwierigkeiten als nur die sichtbaren Auffälligkeiten wie Aggressionen, oppositionelles Verhalten, akademisches Versagen, niedriges Selbstbewusstsein, Depressionen, Probleme Freunde zu finden, Enuresis und Enkopresis.
- Verweigerndes Verhalten von Kindern ist extrem pervasiv, das erfolgreiche Management von Verweigerung führt zu einer Vielzahl an Verbesserungen aller psychosozialen Beziehungen.
- Ein Kind mit ADS ist für den familiären Prozess allgemein belastend. Die Belastung kann durch bestehende familiäre Probleme verstärkt werden oder sie hervorrufen.
- Eltern, die sich mit der Störung ihrer Kinder und damit zusammenhängenden Problemen auskennen, können besser mit LehrerInnen zusammenarbeiten und auch denen die Problematik ihrer Situation verständlich machen.<sup>317</sup>

Eltern-Trainings bestehen vornehmlich aus Management-Strategien, die helfen, das Verhalten der betroffenen Kinder zu Hause zu verändern.<sup>318</sup> Zur Aufarbeitung der Probleme, die Eltern mit der Krankheit ihrer Kinder haben – wie Depressionen, extreme Anspannung, Gesundheitsprobleme, persönlicher Stress, Eheproblemen, finanziellen Sorgen und sonstigen psychosozialen Belastungen – sind außerdem Eltern-Beratungen oder -Therapien notwendig. Alleine die Darlegung der Diagnose ADS, kann für manche Eltern eine extreme Belastung sein.

---

<sup>317</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S. 398 ff.

<sup>318</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 76.

---

Außerdem haben viele Eltern ein nur unzureichendes Verständnis von kindlichem Verhalten. Andere haben sich ein extrem strenges oder lasches Selbst-Konzept angeeignet. Die Kombination dieser Komponenten kann eine Verbesserung der Probleme des Kindes zuweilen erschweren oder verhindern.<sup>319</sup>

„Es ist auch nicht so, als brauche man nur die eine oder andere Therapie anzuwenden, und dann ist das Leben problemlos. Oft muss man mit Teilerfolgen zufrieden sein. Es genügt auch nicht, nur den Betroffenen in die Therapie zu schicken, man muss schon bereit sein, sich zumindest teilweise auch selber einzubringen. Es reicht auch nicht, über Therapie lediglich zu lesen oder sich kundig zu machen. Es bedarf vielmehr des langfristigen inneren Engagements, des allmählich Hineinwachsens und sich zueigen Machens.“<sup>320</sup>

Grundsätzlich sollte eine Elternberatung Aufklärung, fachgerechte Anleitung zur Strukturierung sowie Übungen zur Vermeidung von Stereotypen und zum Aufbau und Erhalt von sozialen Kontakte enthalten.<sup>321</sup>

Das Eltern-Training in Kombination mit Eltern-Beratung von Anastopoulos und Barkley fundiert auf den Strategien der Kognitiven Therapie. Das Programm enthält zehn Stufen, die innerhalb von acht bis zwölf Sitzungen umgesetzt werden:

1. Orientierung im Programm und Überblick über ADS
  - 1.1. Eltern mit den Abläufen und Funktionen des Programms vertraut machen,
  - 1.2. ihr Wissen über ADHD vervollständigen,
  - 1.3. Fehleinschätzungen und Fehlverhalten in Bezug auf sie selbst und ihren Umgang mit dem Kind aufzeigen.
2. Verständnis der Eltern-Kind-Beziehung und der Prinzipien von Verhaltensmanagement

---

<sup>319</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S. 400 ff.

<sup>320</sup> Klasen (1996), S. 5.

<sup>321</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S.266 f.

- 
- 2.1. Feststellen der Charakteristika des Kindes,
  - 2.2. Feststellen der elterlichen Charakteristika und der Umweltbedingungen und etwaiger Störelemente in der Kombination dieser drei Faktoren,
  - 2.3. Erlernen von Möglichkeiten mit Verhaltensschwierigkeiten umzugehen (Änderung der elterlichen Einstellung zum Kind, Erlernen direkter Maßnahmen für das Wohlbefinden des Kindes, Erkennen von undiszipliniertem, indifferentem Erziehungsverhalten),
  - 2.4. Modifizierung der Erziehungsziele und der elterlichen Reaktion auf das Fehlverhalten des Kindes.
  3. Einrichten einer Eltern-Kind-Spielzeit ohne korrigierendes oder dirigierendes Verhalten durch die Eltern: Das Kind darf (innerhalb weit gefasster Grenzen) entscheiden was es tun möchte.
  4. Positive Aufmerksamkeit gegenüber angenehmem unabhängigem Spiel und Gehorsam, effektive Bedürfnis- und Forderungsformulierung
    - 4.1. Verbesserung der Fähigkeit positiver Aufmerksamkeit bei unabhängigem Spiel des Kindes, das den Eltern angenehm ist,
    - 4.2. Ausweitung der Palette an Äußerungen positiver Anerkennung von Gehorsam nach einfachen Anforderungen,
    - 4.3. Erlernen effektiverer Kommunikationsformen für Anforderungen und Wünsche.
  5. Einführung eines Belohnungssystems für zu Hause (Home Token System): Belohnung für erwünschtes Verhalten durch Punktevergabe ohne Möglichkeit von Punkteentzug bei unerwünschtem Verhalten.
  6. Überarbeitung des Token Systems unter Einbeziehung negativer Sanktionen
    - 6.1. Integration von Bestrafung unter Berücksichtigung des motivierenden Aspekts,
    - 6.2. Beachtung, dass das Punktekonto nie leer wird und ein Auffüllen immer für das Kind erreichbar bleibt.
  7. Anwendung einer Auszeit (Time-out)

- 
- 7.1. Time-out kann sein, dass das Kind eine bestimmte Zeit auf einem Stuhl sitzen muss,
  - 7.2. Time-out-Strategien finden nur bei schwerwiegendem und resistentem Fehlverhalten Anwendung,
  - 7.3. Time-out-Strategien müssen einschätzbar für das Kind sein: Ankündigung (Wenn du das nicht tust, wirst du dich auf diesen Stuhl setzen!), wiederholtes Ankündigen bei Nichterfüllung innerhalb von fünf Sekunden (Du hast nicht gehorcht und wirst dich jetzt auf diesen Stuhl setzen, bis ich dir sage, dass du wieder aufstehen darfst.), konsequente Einhaltung der Bestrafung (Führung des Kindes zum und Hineinsetzen in den Stuhl, auch bei Widerstand),
  - 7.4. die Time-out-Dauer liegt nicht in der Kontrolle des Kindes,
  - 7.5. Ziel der Time-out dient dazu, dass das Kind die Forderung erfüllt, die es zu Anfang verweigerte,
  - 7.6. bei Erfüllung der Forderung danken die Eltern dem Kind,
  - 7.7. die Eltern erhalten nach der Instruktion eine schriftliche Anweisung zur Befolgung der Time-out-Regeln.
  8. Ausdehnung der Time-out-Regelung auf weniger gravierende Bereiche und Management des Verhaltens vom Kind auch in der Öffentlichkeit.
  9. Handling zukünftiger Verhaltensprobleme
    - 9.1. Nach der Feinabstimmung elterlicher Reaktionen und Verhaltens werden mögliche zukünftige Problemsituationen und Reaktionsmöglichkeiten besprochen,
    - 9.2. falls gewünscht erhalten die Eltern ein Handbuch als Leitfaden zu Fortsetzung ihres konsequenten Verhaltens,
    - 9.3. Follow-up-Sitzungen oder ergänzende Interventionen werden erwogen.
  10. Auffrisch-Sitzung (Booster-Session)

- 10.1. Ungefähr einen Monat nach der Sitzung zur 9. Stufe treffen sich Eltern und TrainerIn zu einer Sitzung, in der die Grundlagen des Gelernten aufgefrischt werden,
- 10.2. ein gemeinsamer Rückblick über das Training findet statt.<sup>322</sup>

Diese und ähnliche Sitzungsfolgen haben sich bisher in ihrer objektiven Überprüfung auf eine Änderung des Verhaltens der Kinder als signifikant erwiesen. Die Erfahrung mit dem Programm hat gezeigt, dass sich außer der Eltern-Beziehung zum Kind mit ADS auch die Beziehung zu anderen Kindern der Familie und die Geschwister-Beziehung verbesserten. Auch komorbide Problematiken wie Enuresis oder Enkopresis konnten mit den neu erlernten Bewältigungsstrategien, dem geänderten Verständnis und einer veränderten Einstellung zur Störung überwunden werden.<sup>323</sup>

### **Video-Home-Training**

Das Video-Home-Training<sup>324</sup> (VHT) kommt ursprünglich aus den Niederlanden und nimmt Einfluss auf das interaktive Verhalten von Eltern und Kindern, indem den Beteiligten ihr (Fehl-) Verhalten mittels Video-Aufzeichnung bewusst und im gemeinsamen Beratungsgespräch veränderbar gemacht wird.

Die Effektivität dieses Trainings bei Familien mit Kindern, die von ADS betroffen sind, differiert in den per Fragebogen getesteten Einzelbereichen: Mütterlicher bzw. elterlicher Stress, Erwartungshaltung und Einschätzung des Verhaltens des Kindes.

Als signifikant konnte die Reduzierung von elterlichem Stress nachgewiesen werden, aber der Bereich der Erwartungshaltung und Einschätzung von LehrerInnen zum Kind wies nur geringfügige Veränderungen auf. Dies mag damit zusammenhängen, dass der Fokus der Untersuchung auf der Eltern-Kind-Beziehung lag und die LehrerInnen nicht an den Sitzungen teilnahmen, vermutet wird außerdem eine Self-Fulfilling-Prophecy von LehrerInnenseite, vergleichbar mit dem Versuchsleiter-Erwartungseffekt nach Rosenthal.<sup>325</sup>

---

<sup>322</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S. 398 ff.

<sup>323</sup> Vgl. Anastopoulos/Barkley (1990), S. 405, 430; Wender (2002), S. 81 ff.

<sup>324</sup> Vgl. Wels et al. (2000), S. 173.

<sup>325</sup> Vgl. Salomon (1981), S. 1452; Rosenthal (1963a), S. 492 f., 504; Rosenthal (1963b), S. 277.

## 2.8.5 PSYCHOTHERAPIE

Das ADS wird als psychisches Problem verstanden, das biologische Ursachen bzw. Manifestationen hat.<sup>326</sup> Psychotherapeutische Verfahren konnten in der bislang größten Vergleichstudie, der Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (MTA) zwar keine vergleichbar schnelle und voraussagbare Wirkung wie medikamentöse Therapie erzielen, dafür aber nachhaltige.<sup>327</sup>

### 2.8.5.1 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie (VT) ist die am häufigsten erprobte und validierte Psychotherapieform bei ADS. VT ist besonders effektiv in Kombination mit medikamentöser Therapie<sup>328</sup> und wurde auch als alleinige Intervention als wirksam befunden.<sup>329</sup> Daher rieten Eric Taylor und Rosemary Hemsley 1995 zu einer verhaltenstherapeutischen Intervention (eventuell in Kombination mit spezieller Diät) und erst dann zur medikamentösen Behandlung, wenn VT alleine nicht genügen sollte.<sup>330</sup> Dahingegen führte Barkley als Beweggrund einer VT die Annahme, die Störung sei in falschem Lernen begründet, als unsinnig auf, da er ADS als genetisch bedingt und als erblich betrachtete. Von daher lehnte er den singulären Einsatz von Psychotherapie, Spieltherapie oder Entspannungsverfahren ab.<sup>331</sup> Diese Interventionen dienten seiner Meinung nach der Behandlung komorbider Störungen, die mit ADS einhergehen.

VT nutzt grundsätzlich die Techniken des operanten Konditionierens: Systematische Verstärkung bei erwünschtem Verhalten in Kombination mit Kontingenz- und Selbstmanagement.<sup>332</sup>

---

<sup>326</sup> Vgl. Wender (2002), S. 81.

<sup>327</sup> Vgl. Wells et al. (2000b), S. 502; Kienle (2002), S. 2.

<sup>328</sup> Vgl. Trott (2000a), S. 116; Schachar et al. (1996), S. 436; Heiduk (2000a), S. 267.

<sup>329</sup> Vgl. The MTA (1999), S. 1080 ff.

<sup>330</sup> Vgl. Taylor/Hemsley (1995), S. 2.

<sup>331</sup> Vgl. Barkley (2000), S. 596 f.

<sup>332</sup> Vgl. Comer (2001), S. 468.

---

Basale Vorgehensweisen sind:

- Formulierung und Kontrolle von Zielen, z.B. mit individuellen Problemlisten<sup>333</sup>
- Das Aufstellen von Regeln
  - klar,
  - konsequent und
  - unmissverständlich
- Belohnung und Bestrafung
  - Unmittelbar,
  - einmalig und konsequent (Anweisungen nur ein einziges Mal geben),
  - dem Grundprinzip folgend, dass Handlungen durch ihre Konsequenzen beeinflusst werden (operante Konditionierung), positive und negative Verstärkung,
  - Kontingenzverstärkung (Verträge),
  - Etikettierung (Labeling).<sup>334</sup>

Eine verhaltenstherapeutische Intervention wird mit ca. 20 bis 30 Stunden angesetzt und wirkt am besten in Kombination mit Stimulanzientherapie, Elternarbeit und LehrerInnenberatung. Im sog. Förderunterricht, der therapeutischen Einzelintervention, dient der/die TherapeutIn als Modell, indem er/sie sein/ihr Handeln laut reflektiert. Das Ertragen immer stärkerer Stressoren wird geübt, wobei tiefes Atmen und imaginative Techniken zu Hilfe genommen werden.<sup>335</sup>

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit Anweisungen zur Selbstinstruktion, wie sie von Margrit und Hans-Georg Eisert erprobt wurden, schnitten zwar im Vergleich zu anderen Studien hinsichtlich des überdauernden Erfolgs besser ab,<sup>336</sup>

---

<sup>333</sup> Vgl. Frölich/Döpfner (1997), S. 599 ff.

<sup>334</sup> Vgl. Wender (2002), S. 83 ff. Detaillierte Ausführungen der Anwendung finden sich auch unter Kap. **2.8.4 Elternberatung**.

<sup>335</sup> Vgl. Eisert/Eisert (1987), S. 277 ff., Eisert (1988), S. 76 f.

<sup>336</sup> Vgl. Eisert/Eisert (1987), S. 280.

---

aber „Belege dafür, dass durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen allein dauerhafte Veränderungen eintreten, stehen weitgehend aus (...)“<sup>337</sup>.

### Maßnahmen in der Schule

„Die Erfolgsaussichten von pädagogischen Maßnahmen sind günstiger,

- wenn wenige Maßnahmen ergriffen werden, diese aber konsequent durchgeführt werden;
- wenn die Maßnahmen unter Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Kindes geplant und durchgeführt werden;
- wenn die Maßnahmen in Absprache mit den Eltern und den Kollegen in der Klasse einheitlich abgesprochen und durchgeführt werden;
- wenn der Erfolg der Maßnahmen kontrolliert wird und diese entsprechend der Entwicklung angepasst werden.“<sup>338</sup>

Das Konzept RUHE von Hans Biegert bezeichnet allgemeine Verhaltensweisen, welche LehrerInnen betroffener Kinder eine Zusammenarbeit mit diesen erleichtern:

**R** wie Rahmen für das Schülerverhalten, ihn so eng wie nötig gestalten aber klar und konsequent durchhalten.

**U** wie Umsicht zeigen, hellwach und flexibel, fördernd und ermutigend unterrichten, durchaus hohe, aber adaptive kognitive Anforderungen stellen.

**H** wie Humor durchkommen lassen; sich um heitere Gelassenheit bemühen.

**E** wie Einfühlungsvermögen und Zuwendung praktizieren; Schüler als gleichwertige Menschen behandeln, ohne die eigene Bedeutung als Vorbild und Orientierung zu verleugnen.“<sup>339</sup>

---

<sup>337</sup> Eisert (1988), S. 80. Dahingegen habe sich die Therapieform in Kombination mit anderen als effektiv erwiesen. Vgl. Eisert (1988), S. 80 f.

<sup>338</sup> Imhof (2003), S. 6 f.

<sup>339</sup> Biegert (2000), S. 33. Vgl. Biegert (1997), S. 107.

---

Dieses Konzept ist deshalb hier aufgeführt, weil LehrerInnen heutzutage nicht mehr nur VermittlerInnen von Lernstoff sind, sondern auch Funktionen übernehmen müssen, die von den Eltern nicht (mehr) ausgefüllt werden und für die (noch) kein/e TherapeutIn bereitsteht.

Da Lehrer- und ErzieherInnen maßgeblich an der Wirkung therapeutischer Maßnahmen beteiligt sind, arbeitete Skrodzki folgende Verhaltensratschläge heraus, um Kinder mit ADS in ihren Bemühungen, ihr Handicap zu überwinden zu unterstützen:

- „Strenge, aber liebevolle Führung, (...)
- Ständige Zuwendung und Lob (...)
- Ausschaltung unnötiger Reize (...)
- Direkter körperlicher und Blickkontakt (...)
- Kurze Arbeitszeiten mit Strukturierung der Aufgaben in Einzelschritten (...)
- Versagensangst abbauen (...)
- Legal die Erlaubnis zur Bewegung (...)
- Ertragen der Langsamkeit (...)
- Schließlich Geduld, unendlich viel Geduld (...)<sup>340</sup>

Von daher scheinen die oben aufgeführten Inhalte des Elterntrainings von Anastopoulos und Barkley kombiniert mit Methoden der von Jörg Fengler für den Unterricht modifizierten Pädagogischen Verhaltensmodifikation (PVM)<sup>341</sup> auch für ein Programm zum Trainieren/Supervidieren von LehrerInnen angemessen.

Ein solches Programm, anstehend für das Beispiel ADS modifiziert, könnte Teil eines regelmäßigen Supervisionsangebotes<sup>342</sup> für LehrerInnen an Schulen für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten werden, um LehrerInnen ein besseres Verständnis ihrer SchülerInnen zu ermöglichen und ihnen effektive Modifikationsmethoden an die Hand zu geben, um unerwünschte Situationen zu vermeiden und ihr Burnout-Risiko<sup>343</sup> zu vermindern.

---

<sup>340</sup> Skrodzki (1996), S. 15 f.

<sup>341</sup> Vgl. Fengler (1999b), S. 252 ff.; Fengler (1999a), S. 305 ff.

<sup>342</sup> Vgl. Fengler (1999b), S. 278; Fengler (1999c), S. 232 ff.

<sup>343</sup> Vgl. Fengler (1996), S. 103 ff.

- 
- Schaffen eines Überblicks über ADS:
    - Ihr Wissen über ADS vervollständigen
    - Fehleinschätzungen und Fehlverhalten in Bezug auf sich selbst und ihren Umgang mit dem/der SchülerIn aufzeigen
  - Verständnis der LehrerInnen-Kind-Beziehung und der Prinzipien von Verhaltensmanagement
    - Feststellen der Charakteristika der SchülerInnen
    - Feststellen der eigenen Charakteristika und der Umweltbedingungen und etwaiger Störelemente in der Kombination dieser drei Faktoren
    - Erlernen von Möglichkeiten mit Verhaltensschwierigkeiten umzugehen (Änderung der Einstellung zum/zur SchülerIn, Erlernen effektiver Maßnahmen für das Wohlbefinden der LehrerInnen und des/der SchülerIn, Früh-Erkennen von undiszipliniertem, indifferentem Erziehungsverhalten)
    - Modifizierung der Reaktion auf das Fehlverhalten des/der SchülerIn
  - Positive Aufmerksamkeit gegenüber angenehmem unabhängigem Arbeiten und Gehorsam, effektive Kommandoformulierung
    - Verbesserung der Fähigkeit positiver Aufmerksamkeit bei unabhängigen Spiel des/der SchülerIn, das den LehrerInnen angenehm ist
    - Ausweitung der Palette an Äußerungen positiver Anerkennung von Gehorsam nach einfachen Anforderungen
    - Erlernen effektiverer Kommunikationsformen für Anforderungen und Wünsche
  - Einführung eines Belohnungssystems (Token System), Belohnung für erwünschtes Verhalten durch Punktevergabe ohne Möglichkeit von Punkteentzug bei unerwünschtem Verhalten
  - Überarbeitung des Token Systems unter Einbeziehung negativer Sanktionen
    - Integration von Bestrafung unter Berücksichtigung des motivierenden Aspekts

- 
- Beachtung, dass das Punktekonto nie leer wird und ein Auffüllen immer für den/die SchülerIn erreichbar bleibt
  - Anwendung einer Auszeit (Time-out)
    - Time-out kann sein, dass der/die SchülerIn eine bestimmte Zeit auf einem speziellen Stuhl sitzen muss
    - Time-out-Strategien finden nur bei schwerwiegendem und resistentem Fehlverhalten Anwendung
    - Time-out-Strategien müssen einschätzbar für den/die SchülerIn sein: Ankündigung, wiederholte Ankündigung bei Nichterfüllung innerhalb von fünf Sekunden, konsequente Einhaltung der Bestrafung
    - Die Time-out-Dauer liegt nicht in der Kontrolle des/der SchülerIn
    - Ziel der Time-out dient dazu, dass der/die SchülerIn die Forderung erfüllt, die er zu Anfang verweigerte
    - Bei Erfüllung der Forderung dankt der/die LehrerIn dem/der SchülerIn
    - Der/die LehrerInnen erhält nach der Instruktion eine schriftliche Anweisung zur Befolgung der Time-out-Regeln
  - Handling zukünftiger Verhaltensprobleme, falls gewünscht erhalten der/die LehrerInnen ein Handbuch als Leitfaden zu Fortsetzung ihres konsequenten Verhaltens

Lempp stellt mit Bezug auf die steigende Anzahl von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten im Schulunterricht die grundsätzliche Frage, ob nicht das Bildungssystem viele der Probleme andersbegabter Kinder erst provoziert und generell geändert werden müsste, sodass es nicht mehr nur Privatschulen möglich ist, auf individuelle Begabungen von Kindern einzugehen. Im gleichen Sinn fordert Burmeister die Ausbildung von Toleranz und Verständnis in Form einer akzeptierenden Haltung gegenüber ungewöhnlichem Verhalten.<sup>344</sup>

---

<sup>344</sup> Vgl. Lempp. (1981), S. 19; Burmeister (2001), S. 186 f.

### 2.8.5.2 Tiefenpsychologie

Kern der Betrachtung von ADS aus psychodynamischer Perspektive ist die Entwicklung der Persönlichkeit unter dem Aspekt der Beziehungsdynamiken.

Der Säugling erfährt von Geburt an die Regelung seiner Bedürfnisse in Abhängigkeit von den nächsten Bezugspersonen. Falls diese Bedürfnisse von der nach Donald W. Winnicott „ausreichend gute[n] Mutter“<sup>345</sup> empathisch erkannt und angemessen befriedigt werden, kann sich das Selbst des Säuglings durch das Spiegeln oder Echogeben des inneren Zustandes im Dialog der Beziehung ungestört entwickeln.<sup>346</sup>

Je konfliktbeladener aber diese Beziehung zwischen Säugling und nächster Bezugsperson ist, desto unsicherer wird der Säugling und um so mehr Störungen erfährt die Persönlichkeitsentwicklung.<sup>347</sup> Dabei kann auch eine angeborene Hypersensibilität des Kindes als mögliche Ursache für die überwältigende Wirkung durchschnittlicher Reize gelten.<sup>348</sup>

„Die gespiegelten Affekte sind [im Falle einer nichtfunktionierenden Interaktion] so gefährlich für den noch fragilen aktiven Kern seiner Persönlichkeit, dass das Kind diese „vergifteten“ Introjekte wieder loswerden möchte: Folglich reagiert es mit motorischer Abfuhr und erhöhter Aggression. Langfristig können diese Reaktionsweisen einen organisierenden Einfluss auf die Konstruktion des Selbst erlangen.“<sup>349</sup>

Diese negativen Introjekte in Form von aggressiven oder libidinösen Wünschen, Phantasien und Ängsten der nächsten Bezugspersonen werden mit den Reaktionen des Kindes verstärkt und führen wiederum zu heftigeren Entäußerungen, sodass Ursache und Wirkung kaum mehr zu differenzieren sind. Das Kind abstrahiert diese Erfahrungen und speichert sie als generalisierte Interaktionsrepräsentationen (repre-

---

<sup>345</sup> Winnicott (1983), S. 312.

<sup>346</sup> Vgl. Gerspach (2001), S. 58.

<sup>347</sup> Vgl. Stern (1993), S. 206; Gerspach (2001), S. 58 f.; Lehmkuhl (1988), S. 85.

<sup>348</sup> Vgl. Horn (1988), S. 102.

<sup>349</sup> Gerspach (2001), S. 59. Vgl. Lehmkuhl (1988), S. 83.

---

sentations of interactions that have been generalised – RIGs), wobei cerebrale Vernetzungen stattfinden.<sup>350</sup>

Als Ausgleich des „Mismatch“<sup>351</sup> versucht das Kind nun eine innere Stabilisierung durch die Erzeugung motorischer Unruhe und richtet an den Erwachsenen einen Beziehungsappell, indem es ihn in diese Dynamik verwickelt.<sup>352</sup>

„Ein systemisches Modell muss davon ausgehen, dass ein Organismus mit seiner Umwelt ein komplexes, selbstregulierendes System darstellt, in welchem der oberste Sollwert Überlebenkönnen bedeutet. (...) Aus systemtheoretischer Sicht muss das System als Ganzes erhalten bleiben, muss es sich seiner Eigengesetzlichkeit entsprechend realisieren dürfen.“<sup>353</sup>

Die motorische Aktivität eines Kindes mit hyperaktiver Störung ist nach Manfred Gerspach zudem eine natürliche physiologische Reaktion, um einer vermeintlichen Schocksituation vorzubeugen. Während Jungen meistens aktiv reagieren, neigen Mädchen eher zur Passivität, die mit einem Todstellreflex zu vergleichen sei und sozialisationsspezifisch in der männlichen und weiblichen Rolle noch aus Urzeiten herrühre.<sup>354</sup>

Demnach müsste eigentlich jedes Kind hyper- oder hypoaktiv sein, da jeder Mensch bedrohliche Situationen erlebt. Der Grund, warum dem nicht so ist, liegt darin, dass wir in einer befriedigenden Eltern-Kind-Beziehung normalerweise genügend gute Erfahrungen mit einem stützenden Selbstobjekt sammeln, die unser Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit aufbauen und uns nicht in der Gewissheit belassen, andere nur mit großem Aufwand dazu zu bringen, das zu tun, was man selber will.<sup>355</sup>

---

<sup>350</sup> Vgl. Stern (1993), S. 143; Gerspach (2001), S. 64 f.; Hüther/Bonney (2002), S. 25 f.; Horn (1988), S. 102.

<sup>351</sup> Engl. für nicht gelungenes Ineinandergreifen, im Sinne des misslungenen Beziehungsdialoges. Vgl. Gerspach (2001), S. 71.

<sup>352</sup> Vgl. Häußler (2002), S. 459.

<sup>353</sup> Burmeister (2001), S. 180.

<sup>354</sup> Vgl. Burmeister (2001), S. 176 f.

<sup>355</sup> Vgl. Stern (1993), S. 337 ff.; Gerspach (2001), S. 67, 71 ff.

„So ist das Selbst- und Welterleben dieser Kinder und Jugendlichen geprägt von Minderwertigkeitsgefühlen, Kummer, Traurigkeit und den entsprechenden Reaktionsbildungen.“<sup>356</sup>

Die Angst des Kindes vor der Hilflosigkeit der nächsten Bezugsperson und der eigenen Schutzlosigkeit mündet in der Angst, diese Person komplett zu verlieren, was letztendlich ein Ausgeliefertsein bedeutet und beim Kind Todesangst hervorruft.

„Diese Todesangst kennzeichnet (...) die hyperaktiven Kinder, liefert sie doch ein Motiv für den exzessiven motorischen Aufwand, der betrieben wird, um der aufkommenden, aber selbst nicht verstandenen Panik Herr zu werden.“<sup>357</sup>

Und dies sei wiederum der Grund, so Gerspach, warum es Eltern, PädagogInnen, TherapeutInnen und ÄrztInnen so schwer fällt, mit diesen Kindern umzugehen und eigene Gefühle von Beunruhigung oder Wut, die diese auslösen, auszuhalten und damit eine sensible Einfühlung unmöglich machen: Weil in ihnen selbst eine „Ahnung von der frühen Gefahr vor Vernichtung“<sup>358</sup> aufglimmt. Gerspach rät daher zu Supervision.

„Wenn wir das hyperaktive Kind nicht mit pädagogisch oder therapeutisch verbrämten Rachegeanken verfolgen müssen, sondern uns ihm als wenig bedrohlich, weil selbst nicht bedroht, präsentieren dürfen, dann kann allmählich Ruhe einkehren in unsere Beziehung. Wie eine gute Mutter stellen wir dem Kind unsere Phantasien zur Verfügung, laden es zur Identifikation ein und geben ihm die Gewissheit, gelassen bleiben zu dürfen.“<sup>359</sup>

Pozzi schrieb dem psychodynamischen Ansatz gute Aussichten zu, tief sitzende Konflikte zu lösen, unter denen die Familien seit Generationen litten, und auch mit Kindern ohne medikamentöse Behandlung ihre Entfaltungsmöglichkeiten zu erarbeiten.<sup>360</sup>

---

<sup>356</sup> Horn (1988), S. 104.

<sup>357</sup> Gerspach (2001), S. 68.

<sup>358</sup> Gerspach (2001), S. 69. Vgl. Lehmkuhl (1988), S. 83 ff.

<sup>359</sup> Gerspach (2001), S. 69. Vgl. Lehmkuhl (1988), S. 83 ff.

<sup>360</sup> Pozzi (2002), S. 186.

„Das Vorhandensein von schweren psychischen Konflikten in der Familie lässt sich in nahezu allen bei uns untersuchten Fällen zeigen. Die Konflikte haben die Besonderheit, dass sie bereits in der Vergangenheit existieren und sich im Weiteren um dasjenige Kind konzentrieren, oder besser ausgedrückt kristallisieren, welches ein hyperkinetisches Verhalten entwickelt, und es als Dreh- und Angelpunkt dieser inneren Problematik erscheinen lässt. (...)

[Bei diesen Konflikten] handelt es sich in der Regel um unverarbeitete aggressive und libidinöse Triebregungen im Zusammenhang mit Enttäuschungen und Versagungen in der eigenen Kindheit – von einem oder von beiden Elternteilen –, die in einem komplizierten Zusammenspiel, häufig zur Aufrechterhaltung der Ehe, miteinander negiert werden müssen.“<sup>361</sup>

Aufgabe des/der psychodynamisch orientierten TherapeutIn ist es nicht nur, den Sinn des kindlichen Agierens zu erkennen und Verständnis zu gewinnen, um dem Kind Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln, sondern auch den Eltern die unbewusste Natur ihrer Handlungen und daraus erwachsender Konflikte verständlich zu machen.

„Hierzu ist es notwendig, die frühen, existentiell bedrohlichen Ängste, die depressive Verarbeitung von Trennung und Verlust, die inzestuös-bedrohliche Beziehung zur Mutter mit Ängsten vor Verlust der Geschlechtsidentität und dem ambivalenten Konflikt zwischen Verschmelzungswünschen mit der Mutter und den Individuationswünschen andererseits anzuerkennen und ggf. zu bearbeiten.“<sup>362</sup>

Die Behandlungsinhalte bei psychischen Störungen bestehen nach Hildegard Horn aus

- dem Nachholen bisher nicht gemachter Erfahrungen,
- der Mobilisierung gehemmter Antriebe und Bedürfnisse,
- korrigierenden Erfahrungen und
- der Bewusstwerdung sowie

---

<sup>361</sup> Stork et al. (2001), S. 98.

<sup>362</sup> Häußler (2002), S. 464.

- der Beratung der Eltern (was nach der Autorin im Falle neurotischer Konflikte häufig genügt)<sup>363</sup>

Eine Psychoanalyse dauert auch bei Kindern 120 Sitzungen, also ca. drei Jahre. Deren Wirksamkeit wurde bislang nur mittels Einzelfalldarstellung beschrieben.<sup>364</sup> Eine Objektivierung mit standardisierten Tests steht noch aus.

## 2.8.6 ERGOTHERAPIE

Nach Heiduk kann eine Ergotherapie dem Kind helfen, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und damit umzugehen.<sup>365</sup>

„Das Ziel der Ergotherapie ist es, die optimale Handlungsfähigkeit zu erreichen. Handlungsfähigkeit bedeutet die Steuerung, Planung und Organisation für das Verhalten in Schule, Spiel und Alltag so weit wie möglich selbstbestimmt vorzunehmen.“<sup>366</sup>

Anneliese Augstein betrachtet die Ergotherapie als umfassende und ganzheitliche Behandlung der basalen sensomotorischen Funktionen, die Medien dazu nutzt, das Kind zur Auseinandersetzung mit seiner Umwelt anzuregen. Die Widerstände, die durch die Medien erzeugt werden, sollen dem Kind Rückmeldung über seine Handlungsweisen und sensomotorischen Fähigkeiten verschaffen und zu Selbststeuerung verhelfen.<sup>367</sup> Da Sensorik und Motorik die Grundlage für das rationale Lernen bilden, wird auf deren Ausbildung verstärkt geachtet.

Ergotherapie kann einzel- oder gruppentherapeutisch stattfinden, wobei das Kind im Einzelsetting volle Aufmerksamkeit und Zuwendung erfährt und zu einer positiven Einstellung sich selbst gegenüber geführt wird. Dadurch soll es lernen, Frustrationen besser zu tolerieren. Im Gruppensetting wird das Kind durch Lernen am Modell an die Auseinandersetzung mit anderen Kindern herangeführt.

In beiden Konstellationen bleibt ein generelles Ziel der Ergotherapie gemäß Augstein ist es, dem Kind zu helfen, seine vorhandenen sensomotorischen Fähigkeiten zu

---

<sup>363</sup> Vgl. Horn (1988), S. 98 ff.

<sup>364</sup> Vgl. Horn (1988), S. 105 ff.; Pozzi (2002), S. 175 ff.

<sup>365</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 267.

<sup>366</sup> Borchart (1998), S. 3.

<sup>367</sup> Vgl. Augstein (1988), S. 43.

---

stabilisieren, zu gebrauchen, zu differenzieren und zu organisieren, wobei der/die TherapeutIn zur passenden Zeit die angemessene Hilfestellung, den wohl dosierten Stimulus gibt, und das Kind ansonsten frei spielen und hantieren darf.<sup>368</sup>

Hyperaktive Kinder befinden sich aus der Sicht der Ergotherapie in innerer und äußerer Unordnung. Diese Annahme wird darin begründet gesehen, dass ihre Handlungsschemata nicht jederzeit verfügbar seien, weil ihre sensorischen Basisfunktionen noch instabil und lückenhaft wären. Dies sei ein Zustand des Chaos, aus dem sich das Kind alleine nicht befreien könne, so Augstein. So seien z.B. Rechenprobleme häufig mit Schwierigkeiten der Körper- und Raumwahrnehmung begründbar oder Konzentrationsschwierigkeiten mit Problemen der Haltungsstabilität und motorischen Schwierigkeiten. Artikulation, Mundmotorik und Fingerfertigkeit spiegeln sich oftmals in Dysgrammatismus wieder. Die grundsätzlichen Probleme des Kindes mit ADS lassen sich nach Augstein auf die basalen sensomotorischen Defizite zurückführen, wohingegen die Lern- und Verhaltensstörungen oft sekundäre Bedeutung hätten. Zur Behebung dieser Defizite und zur Vermeidung einer Verstärkung sei eine Frühbehandlung indiziert, wenn das Kind nicht gleichzeitig unter dem Druck schulischer Anforderungen stünde.<sup>369</sup>

Geborgenheit wird als wichtige Grundlage zur Ermöglichung neuer Erfahrungen gesehen. Konzeptuelle Basis bilden die sensomotorischen Entwicklungsphasen nach Jean Piaget.<sup>370</sup> Als Behandlungsmethoden verbindet Augstein sich ergänzende neurophysiologische und sensomotorische Konzepte, die der Wahrnehmungsbehandlung und Generierung von Handlungsfähigkeit dienen.

Die Wirkweise wird von Augstein anhand von Einzelfalldarstellungen verdeutlicht, wobei Verbesserungen in der Handlungsplanung feststellbar waren. Die Autorin sieht Ergotherapie als Ergänzung zu anderen Therapieformen und im Verbund einer Zusammenarbeit aller beteiligten PädagogInnen, TherapeutInnen und ÄrztInnen. Studien über die Wirksamkeit in der Ergänzung anderer Therapieformen liegen derzeit nicht vor.<sup>371</sup>

---

<sup>368</sup> Vgl. Augstein (1988), S. 46.

<sup>369</sup> Vgl. Augstein (1988), S. 48 ff.

<sup>370</sup> Vgl. Piaget (1973), S. 41.

<sup>371</sup> Vgl. Augstein (1988), S. 48 ff.

### 2.8.6.1 Sensorische Integration

„Eine Störung der sensorischen Integration ist für das Gehirn dasselbe wie eine Verdauungsstörung für den Verdauungskanal. Das Wort Störung bedeutet soviel wie schlechtes Funktionieren. Das heißt nichts anderes, als dass das Gehirn nicht in seiner natürlichen, wirkungsvollen Weise funktioniert. Sensorisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die ungenügende Leistung des Gehirns besonders die Sinnesorgane betrifft.“<sup>372</sup>

Sensorische Integration nach A. Jean Ayres besteht aus folgenden Teilbereichen:

- Taktil-kinästhetischer Bereich (Wahrnehmung äußerer Reize und physischer Reaktionen im Bereich der Muskulatur, Gelenke, Sehnen und der Stellung einzelner Körperteile zueinander ),
- vestibulärer Bereich (Regulierende und wahrnehmende Kontrolle der physischen Aktionen im Bereich der Reflexe, der Augenmuskulatur, der visuellen und auditiven Wahrnehmung, sowie von Geschwindigkeits- und Richtungsveränderungen),
- Körperorientierung,
- Bewegungsplanung.<sup>373</sup>

Suzette Everling, Begründerin des Service de consultation et d'aide psychomotrice (SCAP) in Luxemburg, sammelt seit 1991 Erfahrungen mit Kindern mit normaler Intelligenz und psychomotorischen Auffälligkeiten. Das therapeutische Spektrum wurde im Laufe der letzten Jahre aufgrund des anwachsenden Bedarfs immer mehr auf Kinder mit ADS zugeschnitten und umfasst mittlerweile: Sonderpädagogisch-psychologisch-verhaltenstherapeutische Arbeit in Form von Diagnose, Beratung, Einzeltherapie und Elterntraining, Aus- und Weiterbildungen, Sensorische Integration und Psychomotorik.

Everling stellte bei Kindern mit ADS erhebliche Integrationsstörungen fest wie

- „Taktile Überempfindlichkeit (Abwehr) oder Unterempfindlichkeit,

---

<sup>372</sup> Ayres (1998), S. 103.

<sup>373</sup> Vgl. Ayres (1998), S. 87 ff.

- Gestörte kinästhetische Wahrnehmung,
  - Gestörte Gleichgewichtswahrnehmung,
- Störungen der auditiven Wahrnehmung,
- Störungen der visuellen Wahrnehmung,
- Gestörte Figur-Grund-Wahrnehmung,
- Störungen des Muskeltonus,
- Nicht altersgemäß entwickeltes Körperschema,
- Dyspraxie,
- Störungen der Seitigkeit.<sup>374</sup>

Die Integrationsstörungen verstärken ihrer Beobachtung nach die ADS-Problematik. Mit dem Training zur sensorischen Integration, Einzeltherapie, Spieltätigkeit und der Eltern-Kind-Gruppe konnte sie mit ihrem Team nach eigener Einschätzung gute Erfolge in der Erhöhung sozialer Kompetenz und Reduzierung der o.a. Störungen erzielen. Um solche Erfolge zu erzielen und die Kinder nicht zu überfordern, fordert Everling eine Beschränkung der außerschulischen Termine auf maximal zwei und die Integration der therapeutischen Maßnahmen in Form von Kontakt der ÄrztInnen, TherapeutInnen und PädagogInnen.<sup>375</sup>

Ayres dagegen benutzte den Terminus der Sensorischen Integrationsstörung als Synonym für ADS und sieht Sensorische Integration als erstes Mittel zur Linderung und eventuell Heilung der Störung.<sup>376</sup>

Dahingegen liegen zufolge Wender bis dato

„(...) keine Hinweise dafür vor, dass ein Koordinationstraining (Ergotherapie, sog. „sensorische Integration, Psychomotorik“) die Lernschwierigkeiten des Kindes mit ADHS in irgendeiner Form bessern kann. Das gleiche trifft auch für spezifische Behandlungsprogramme mittels Augenübungen (Blicktherapie) zu.“<sup>377</sup>

---

<sup>374</sup> Everling (2000), S.302.

<sup>375</sup> Vgl. Everling (2000), S. 311.

<sup>376</sup> Vgl. Ayres (1998), S. 97 ff., 290 ff.

<sup>377</sup> Wender (2002), S.111.

---

Die Gesellschaft für Neuropädiatrie bestätigt in ihrer Stellungnahme das Fehlen nachweisbarer spezifischer Effekte der SI-Therapie bei lern- und verhaltensgestörten Kindern. Ihrer Meinung nach ist es

„nicht sinnvoll, ein Behandlungskonzept einseitig und zu lange durchzuführen und andere Möglichkeiten zur ergotherapeutischen (und heilpädagogischen oder pädagogischen) Förderung nicht zu nutzen. (...) Zwar spielen die Wahrnehmung und die damit einhergehende Verarbeitung der Information eine fundamentale Rolle bei der psychomotorischen Entwicklung, aber die Förderung von Wahrnehmungsprozessen und ihre Integration in unser Denken und Handeln kann nur und sollte in vielfältiger Weise geschehen.“<sup>378</sup>

### 2.8.6.2 Snoezelen

Obleich sich Snoezelen nicht als Teil der Sensorischen Integration versteht spricht diese Intervention möglichst alle Sinnesbereiche an und wird in anbetracht dessen hier als multisensorisches Entspannungsverfahren aufgeführt.

„Snoezelen ist eine gestaltete Umgebung, in der durch steuerbare multisensorische Reize subjektives Wohlbefinden ausgelöst werden soll. Therapeutische oder pädagogische Interventionen können einerseits nur durch diese Raumgestaltung oder gemeinsam mit einem neuen Beziehungsaspekt zwischen Anleiter und Benutzer erfolgreich sein. Snoezelen ist im Kranken-, Behinderten- und Nichtbehindertenbereich wirksam anwendbar.“<sup>379</sup>

Julia Sernau beschrieb Meditation als kognitives Entspannungsverfahren, welches für hyperkinetische Kinder schwer zu erlernen sei, weil sie gar nicht erst zu bewusster Introspektion fähig seien.<sup>380</sup> Daher sei Snoezelen als sensorisches Entspannungsverfahren für sie das Mittel der Wahl zur Entspannungsförderung.

---

<sup>378</sup> Karch et al. (2003), S. 220.

<sup>379</sup> Sernau (2000), S. 250.

<sup>380</sup> Dem widersprechen Heiduks Einschätzung bzgl. der maßgeblichen Wirkung progressiver Muskelrelaxation bei der Bewältigung von Krisensituationen und die in dieser Studie zu beschreibenden Beobachtungen zur Konzentration. Vgl. Heiduk (2000a), S. 268.

---

Sernau hatte mit hyperaktiven Grundschulkindern gearbeitet und konnte eine längere Bewegungs- und eine kurze Entspannungsphase mit drei Kindern bei einem bis zwei Betreuern anbieten.

Über die Effektivität der Intervention machte sie allerdings keine Aussagen, sondern verwies auf evaluierende Studien, die noch durchgeführt werden müssten.<sup>381</sup>

### 2.8.6.3 Mototherapie

Wie auch Ergotherapie nutzt Mototherapie verschiedene physiotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Kindern mit Wahrnehmungsstörungen, Bewegungsstörungen sowie Lern- und Verhaltensstörungen und scheint somit als angemessene Intervention bei ADS.<sup>382</sup>

Mit Hilfe von Mototherapie werden Entwicklungsstörungen, pathologischen Bewegungsmustern sowie Auffälligkeiten und Störungen im psychomotorischen Leistungs- und Verhaltensbereich sowie verzögerte Bewegungsentwicklung behandelt. Sie übt Einfluss auf das Erleben und Verhalten eines Menschen mittels Bewegung, Handlung, Szenerie und Problemlöseverhalten. Mototherapie soll Blockaden lösen, Defizite ausgleichen und Fehlentwicklungen vorbeugen<sup>383</sup>. Die Behandlung erfolgt nach individuellen Maßstäben im Einzelsetting oder in Kleingruppen von zwei bis vier PatientInnen. Dabei wird handlungsorientiert mit gezielten körper- und bewegungsbezogenen Interaktionen gearbeitet. Kompetenzen, die im angeleiteten Umgang mit Bewegungs-, Material- und Raumangeboten erlernt wurden, werden variiert und auf unterschiedliche Situationen im Schutze der Kleingruppe übertragen.<sup>384</sup>

### 2.8.6.4 Psychomotorik

Psychomotorik folgt nach Michael Passolt einer systemischen Betrachtungsweise von ADS unter Zugrundelegung der heilpädagogisch-anthropologischen Sicht des Menschen als Zwei-Einheit von Seele und Leib. Hans Adolf Burmeister zitiert diesbe-

---

<sup>381</sup> Vgl. Sernau (2000), S. 251 ff.

<sup>382</sup> Vgl. Schmidt (1998) S15 f.

<sup>383</sup> Vgl. Wenzel (2000), S. 285; Schmidt (1998), S. 14.

<sup>384</sup> Vgl. Schmidt (1998), S. 16.

---

zöglich „die alten Griechen“<sup>385</sup> mit den Worten: „Tust du etwas mit deinem Körper, entwickelt sich auch dein Geist.“<sup>386</sup>

„Kinder brauchen einen zeitlich-prozessorientierten sozialen Kontext mit verlässlichen Beziehungen, um personale und soziale Identität aufzubauen. Kinder brauchen Eindeutigkeiten, um mit Mehrdeutigkeiten umgehen zu können; sie benötigen zur Identitätsbildung ein verlässliches Erleben von Selbstvertrauen und Beziehungsraum.“<sup>387</sup>

Psychomotorik bedient sich der Behandlungsmethoden aus Physio-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie, wobei es nicht um die Beeinflussung von Bewegungen geht, sondern um die Schaffung neuer Perspektiven und dadurch neuer Handlungsräume innerhalb der bestehenden Möglichkeiten. Zwang und Leistungsdruck sollen vermieden und die kindliche Realität zum inhaltlichen Thema der Stunden gemacht werden.<sup>388</sup>

„Psychomotorische Praxis widerspricht dem Muster des Kindes von Eingrenzung, Ablehnung, Gängelung. Im pädagogischen Stil von Authentizität, Vertrauen und Achtung, Einfühlung und Empathie, Achtsamkeit und Orientierung, Klarheit und Grenzen, Regeln und Sanktionen, erhält das Kind die Möglichkeit, seinen Bedürfnissen Raum zu geben: Zum motorischen (für das hyperaktive Kind fast schon überlebenswichtigen) Ausagieren, im Rennen, Springen, Drehen, Rutschen, Schwingen, im sinn- und wahrnehmungsorientierten Konstruieren und Entwerfen von phantasievollen Materialkombinationen, im immer wiederkehrenden Zerstören und Bauen eigener Gebilde.“<sup>389</sup>

Psychomotorik nutzt natürliche Körperrhythmen des Kindes, um sie gesundheitsfördernd mit Blick auf die Beziehung Kind – Umwelt einzusetzen und die Persönlichkeit des Kindes zu unterstützen. Rhythmen sind Hauptcharakteristika des Lebens:

---

<sup>385</sup> Burmeister (2001), S. 175.

<sup>386</sup> Burmeister (2001), S. 175.

<sup>387</sup> Passolt (2001), S. 34.

<sup>388</sup> Vgl. Passolt (2001), S. 36 f.

<sup>389</sup> Passolt (2001), S. 38.

„(...) [Sie] dienen der Gliederung der Zeit (Tagesrhythmen) und der Verbindung von Gegensätzen (Tag und Nacht). Die Qualität der Wiederholung eingebunden in einen Grundpuls gewährleistet Wiedererkennen und Kontinuität, die der Variation Veränderung und Entwicklung.“<sup>390</sup>

Rhythmen dienen der menschlichen Entwicklung bzgl. der internen Koordination des Organismus-Systems, der interaktiven Anpassung auf äußere Rhythmen und der aktiven Kontaktaufnahme mit der Umgebung. Diese Interaktion von Rhythmen wurde mittels Ultraschall bei Föten im Mutterleib untersucht. Andreas Wöfl sieht demnach Hyperaktivität als Kennzeichen einer misslingenden Rhythmusanpassung und misslungenen Ausbildung eigener Rhythmen bei den betroffenen Kindern, die in der missglückten Loslösung und damit nichtvollzogenen Trennung von Selbst und Nicht-Selbst wurzeln.<sup>391</sup>

Therapeutisch erfordert dies die Integration ruhiger Phasen in den Therapieverlauf und einen Wechsel zwischen Anpassung und Autonomie. „Entscheidend ist dabei die klare Vermittlung der therapeutischen Übungen in einem überschaubaren Setting“<sup>392</sup>, unterteilt in deutliche Schritte und getragen von der klaren, achtsamen Haltung des/der TherapeutenIn unter Einbeziehung der Eltern.<sup>393</sup>

Die systemisch orientierte Bewegungstherapie setze an der Veränderung des Kontextes an, so Rolf Balgo und Regina Klaes.<sup>394</sup> Dabei ginge es um die Veränderungsmöglichkeiten innerhalb der Situationsgestaltungen, in welchen der Umgang miteinander zum Problem geworden war und „um die interaktive Entwicklung einer sozialen Ordnung, die für alle wieder ausreichend große Anschlussmöglichkeiten bietet.“<sup>395</sup>

Der/die TherapeutIn richtet währenddessen die Aufmerksamkeit auf das Gelingen und handelt nach einer profizitorientierten Hypothese.

„Das bedeutet, dass zunächst einmal alle Wirklichkeitskonstruktionen und die damit verbundenen Auswirkungen wie z.B. Probleme oder

---

<sup>390</sup> Wöfl (2001), S. 132.

<sup>391</sup> Vgl. Wöfl (2001), S.134 f.; Häußler/Hopf (2002), S.31.

<sup>392</sup> Wöfl (2001), S. 138.

<sup>393</sup> Vgl. Wöfl (2001), S. 137 f.

<sup>394</sup> Vgl. Balgo/Klaes (2001), S. 153 f.

<sup>395</sup> Balgo/Klaes (2001), S. 153.

Symptome, aus der Sicht der Betroffenen als sinnvoll erachtet werden.<sup>396</sup>

Die therapeutische Arbeit ist die ressourcenorientierte Ausschöpfung vorhandener Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten.

Im von Balgo und Klaes aufgeführten Praxisbeispiel wurde dem kontrollbemühten Jungen größtmögliche Handlungsvollmacht geboten, um ihm die Sicherheit zu bieten, aus der heraus er die Interaktionen auch beobachtend erleben und seinen Aktionismus reduzieren konnte. Eine klare Rollenverteilung und zielorientiertes Spiel mit der eventuellen Möglichkeit der Objektivierung (im Beispiel durch eine Kamera) verhalfen dem Jungen zur Erweiterung seines Handlungsspektrums. Die Übertragung der neu erworbenen Fähigkeiten in seinen Alltag wurde nicht überprüft.<sup>397</sup>

Im zweiten Praxisbeispiel nahm nicht nur der betroffene Junge, sondern auch seine Mutter und sein Bruder an der Therapie teil, sodass es dem Jungen möglich wurde, am Modell des Umgangs seines Bruders mit der Therapeutin zu lernen und Erfahrungen zuzulassen, die ihm zuvor fremd gewesen waren, ohne die Kontrolle über die Situation zu verlieren. In diesem Beispiel konnte die Übertragung in den Alltag leicht vonstatten gehen, da die nächsten Bezugspersonen Teil der Veränderung waren. Auch hier wurde keine Überprüfung der Art und Dauer der Fortschritte durchgeführt.<sup>398</sup>

### 2.8.6.5 Therapeutisches Reiten

Die therapeutischen Faktoren des Reitens beschrieb Petra Wenzel in ihrem Ansatz mit folgenden Aspekten:

- Reiten als umfassende Übung aufgrund seines schon von Hippokrates gelobten heilsamen Rhythmus,
- Reiten zur Steigerung von Mut und Selbstwertgefühl und Stimmungshebung,

---

<sup>396</sup> Balgo/Klaes (2001), S.155.

<sup>397</sup> Vgl. Balgo/Klaes (2001), S. 153 ff.

<sup>398</sup> Vgl. Balgo/Klaes (2001), S. 157 ff.

- Körperkontakt und emotionale Beziehung als Bedingung des Reitens und Grundbedürfnis des Menschen,
- kontaktfreudige und beziehungsfähige Charakteristika des Pferdes in seiner Eigenschaft als Herdentier.<sup>399</sup>

Mit dem therapeutischen Reiten sollen Menschen gemäß Wenzel lernen, Verhaltensweisen des Pferdes als Reaktionen auf ihr eigenes Verhalten zu erleben, seine Mimik und Gestik daraufhin zu erkennen und deuten, um entsprechend zu reagieren. Auf diese Weise erlernten sie, sich selbst in ihren Äußerungen wahrzunehmen und das Bedürfnis nach Wohlbefinden im Gegenüber zu respektieren. Die mototherapeutischen Inhalte des Reitens betreffen die Kompensation von mangelnder Erfahrung im motorischen und sinnlichen Bereich durch entsprechende Übungen wie z.B. das Ausbalancieren und Aufrichten.

Nach Wenzels Erfahrungen mit dem Heilpädagogischen Volteigieren und Reiten (HPVR) könnten vor allem Kinder mit ADS, die vor ihrer Pubertät damit begannen, von dem Angebot zehren. Das HPVR eigne sich besonders für Kinder mit Selbststeuerungsschwierigkeiten, und Problemen mit der Artikulation ihrer Wünsche und Emotionen sowie bei therapiemüden Kindern.

Die Autorin und Therapeutin schrieb dem HPVR keine omnipotente Wirkung zu, sondern betonte die Unerlässlichkeit einer umfassenden Diagnosestellung, Zusammenarbeit bzw. Einbeziehung weiterer ärztlicher, pädagogischer oder therapeutischer Beratung und eventuell begleitender Therapien und vor allem die Durchführung mittels fachgemäß ausgebildeter TherapeutInnen. Reiten per se sah sie nicht als therapeutische Intervention an.<sup>400</sup>

### **2.8.7 SPIELTHERAPIE**

„Spieltraining bedeutet, dass in strukturierten Spielsituationen ausgewählte Fähigkeiten oder Fertigkeiten aufgebaut und geübt werden.

Die Strukturierung der Spielsituation bezieht sich auf

- Die Auswahl der Teilnehmer

---

<sup>399</sup> Vgl. Wenzel (2000), S. 281 f.

<sup>400</sup> Vgl. Wenzel (2000), S. 281 f.

- Die Bestimmung des Spielortes
- Die Auswahl der Spielmittel
- Die Intensität der Steuerung des Geschehens

Abhängig von der Anzahl der durchführbaren Einheiten wird ein Programm mit Grobzielen für das gesamte Training sowie Feinzielen für die einzelne Einheit entworfen. Diese werden im Verlauf des Trainings immer wieder überprüft und individuell angepasst. Diese Aufgaben übernimmt die Trainingsleitung durch teilnehmende Beobachtung.<sup>401</sup>

Das von Bettina Schlee selbst entwickelte Spieltraining für hyperaktive Kinder zeigte zwar keine signifikanten Messergebnisse bei den verwendeten Testverfahren, aber die Elternreaktion waren nach Aussage der Autorin sehr positiv, sodass sie selbst ihr Training als empfehlenswert befand.<sup>402</sup>

Die spielerisch aufgebauten Trainings und Verhaltensmodifikationen von Döpfner et al. sowie von Lauth und Schlottke enthalten zusätzlich (Lern-) Spiele, sind aber nicht als jeweilige Bausteine, sondern in Kombination mit den zugehörigen Modulen<sup>403</sup> auf ihre Effektivität hin überprüft worden.<sup>404</sup>

Ein spezielles Konzentrationsspiel, das Göttinger Feedback (GÖFI) soll den Kindern helfen, ihre Gehirnströme zu lenken.

„Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass ein Training, bei dem die Veränderung bestimmter EEG-Anteile erlernt wird, zur Verbesserung der willentlich geleiteten Selbststeuerungsfähigkeiten beitragen kann. Der Therapeut kann in GÖFI auf einem zweiten Bildschirm die Signale verfolgen. Dieses Training, das als EEG-Biofeedback oder Neurofeedback bezeichnet wird, kann besonders bei solchen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern von therapeutischem Nutzen sein, bei denen von grundlegenden Störungen zentralnervöser Steuerungs-, Kontroll- und Selbstregulations-Prozessen ausgegangen

---

<sup>401</sup> Schlee (2000), S. 256.

<sup>402</sup> Vgl. Schlee (2000), S. 263.

<sup>403</sup> Vgl. Kap. 2.8.1 **Multimodale Therapien**.

<sup>404</sup> Vgl. Lauth/Schlottke (1995), S. 51 ff.

wird, wie zum Beispiel bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Tic-Störungen oder Zwangsstörungen.“<sup>405</sup>

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen ist derzeit bemüht, in Kooperation mit niedergelassenen Kollegen bei Kindern mit ADS und Tic-Störungen die Effizienz des GÖFI nachzuweisen.

### 2.8.7.1 Theraplay

Theraplay nach Ann M. Jernberg ist nicht verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, sondern bezeichnet eine körper- und personenbezogene, spielerische und direktive Interventionsform zur Änderung des Erlebens und Verhaltens. Dem Kind wird nicht erlaubt, die Kontrolle in der Sitzung zu übernehmen.

Theraplay fordert vier Herangehensweisen von dem/der TherapeutIn:

- Eindringlichkeit (intruding): Schaffen von Überraschungssituationen
- Fürsorge (nurturing): Umsorgen des Kindes wie einen Säugling
- Herausforderung (challenge): Wettkampfsituationen
- Strukturierung (structuring): Festgelegte Rahmenbedingungen durch den/die TherapeutIn bzw. den/die Erwachsene/n (bei Einbeziehung der Eltern)<sup>406</sup>

Die Sitzungen finden während eines Zeitraumes von acht bis zehn Wochen ein bis zwei mal pro Woche statt, schließen Feedbacksitzungen ein und werden von Nachsorgesitzungen (erst vierteljährlich, dann jährlich) gefolgt.

Theraplay beruht nach Jernberg im Wesentlichen auf kompensatorischem Elternverhalten, wobei die defizitären Bedürfnisse des zu behandelnden Kindes aktiv befriedigt werden sollen, indem zunächst der/die TherapeutIn das Verhalten vormacht und der/die nächste/n Bezugsperson/en es nachahmen.<sup>407</sup>

In Jernbergs Darstellung von Theraplay mit aggressiven Kindern wird die Effektivität der Intervention anhand einer Einzelfalldarstellung beispielhaft erläutert. Als Hinweis auf die Wirksamkeit von Theraplay mag die Existenz eines eigenen Ausbildungs- und

---

<sup>405</sup> <http://www.gwdg.de/~ukyk/goefi.pdf>

<sup>406</sup> Vgl. Jernberg (1988), S. 109 f.

<sup>407</sup> Vgl. Jernberg (1988), S. 124.

---

Therapiezentrum in Chicago gelten, wo der Ansatz auf die Anwendung für alte Menschen, Erwachsene, Jugendliche und Ungeborene erweitert wurde.

### 2.8.7.2 Personenzentrierte Spieltherapie

Franz Kemper spricht sich für nicht-direktive Verfahren aus, basierend auf analogen Konzepten der klienten-zentrierten Gesprächstherapie nach Rogers, welche die Persönlichkeitsbildung des Patienten fördern sollen. Aufgabe der Therapie ist die Veränderung des bislang negativen Selbstkonzeptes, worin bewusstseins- und ich-psychologische Auslegungen enthalten sind, welche „den Wert des Erfahrens, des Entscheidens, des Erlebens und Akzeptierens der eigenen Person betonen“<sup>408</sup>. Kemper vermeidet dabei wie Rogers die Abwehr des Patienten und nutzt dessen Bedürfnisse nach positiver Wertschätzung, bedingungsfreier Annahme und Verstandenwerden. Der Autor akzeptiert das Verhalten des Patienten als sinnvolle Reaktion auf die Handlungen der Bezugspersonen.

„Im Kern geht es um den Zusammenhang zwischen dem Selbstkonzept und der Art und dem Ausmaß des Verstanden-, Wahrgenommen- und Angenommenwerdens durch die Beziehungspersonen des Kindes.“<sup>409</sup>

Das Ziel der personenzentrierten Spieltherapie ist demnach die (Wieder)Herstellung der positiven Eltern-Kind-Beziehung.

Die Therapie besteht aus drei Phasen:

1. Der Phase des spielerischen Wettkampfes
2. Der Phase der ruhigeren Spiele und Gespräche
3. Der Phase der Themenbearbeitung im Spiel

Bei aggressiven Kindern nutzt Kemper Strategien der VT „(u.a. klare Strukturierung der Therapiestunde, positive bewertende Stellungnahmen, Informationsvermittlung, Problemlösungsstrategien)“<sup>410</sup>. Er beschreibt eine Therapie mit einem etwa sieben

---

<sup>408</sup> Kemper (1988), S. 130.

<sup>409</sup> Kemper (1988), S. 136

<sup>410</sup> Kemper (1988), S. 143

---

Jahre alten Jungen, die er selbst über 60 Stunden durchführte und als *erfolgreich* bezeichnet:

„Wutausbrüche nehmen spürbar ab, K. bringt plötzlich seine Leistungen in der Schule; die Mutter erkennt und nimmt es innerlich an, dass K. sie braucht; ihre Empathie ist deutlich verbessert. K. darf in einen Fußballverein, Vater und Sohn finden zusammen.“<sup>411</sup>

Das Setting bestand während der ersten 20 Stunden aus den Eltern, dem Kind und dem Therapeuten und wurde aufgrund der Persistenz des Verhaltens des Kindes in Anwesenheit der Eltern, verstärkt durch deren Interaktion wie folgt verändert: Kemper und der Junge spielten in einem Zimmer, während die Eltern das Geschehen hinter einer Einwegscheibe unter Betreuung durch zwei weitere Therapeutinnen verfolgten.

Außer der oben beschriebenen Einzelfalldarstellung konnten bislang keine Untersuchungen durchgeführt werden, welche die Wirksamkeit dieser Therapieform bei ADS bestätigen.

## 2.8.8 LOGOPÄDIE

Adelheid von Schwerin versteht sich in ihrer Rolle als Logopädin mit Spezialgebiet ADS als eine Helferin auf dem Fachgebiet der Sprache mit Wissen über alle angrenzenden Gebiete. Aufgrund dieses Wissens arbeitet sie mit fachspezifischen TherapeutInnen und ÄrztInnen zusammen und trennt die Kompetenzbereiche voneinander. Ihre wichtigsten Instrumente neben ihrem Fachwissen sind Authentizität, die sich auch in Stimme und Äußerung spiegelt (personare = durch meine Stimme), Empathie und Achtsamkeit. Sie nutzt kindgerechte Materialien, um Sprechübungen durchzuführen und sorgt für Spannungs- und Entspannungszustände mittels strukturiertem Vorgehen.<sup>412</sup>

Mit ihrer speziellen Herangehensweise lernt sie die Individualität des Kind kennen und stellt dessen Persönlichkeit vor dessen Störungsbild. Von Schwerins Ziel ist es

- „sein Sosein [zu] akzeptieren,

---

<sup>411</sup> Kemper (1988), S. 147

<sup>412</sup> Vgl. von Schwerin (1988), S. 27 ff.

- die zur Therapie nötigen Grenzen klar auf[zu]zeigen,
- durch therapeutische Mittel die Aufmerksamkeit auf das Wesentliche [zu] lenken,
- Erwartungen [zu] haben, dass das Kind das therapeutische Ziel (sprechen [zu] lernen) dank [ihrer] (...) Flexibilität erlernen wird.<sup>413</sup>

Da von Schwerin Logopädie als symptomsspezifische Ergänzungsmaßnahme verstanden wird, macht sie keine Aussagen über eine generelle Wirksamkeit bei ADS.

## 2.8.9 KUNSTTHERAPIE

Mit *Kunsttherapie* werden im allgemeinen diverse Formen der Psychotherapie bezeichnet, welche die Mittel der zwei- oder mehrdimensionalen bildnerischen Gestaltung einsetzen (Fläche, Plastizität, Kinetik, Zeit). Die jeweilige Funktion jener Arbeitsmaterialien innerhalb der therapeutischen Intervention variiert vom bloßen Einsatz als Diagnoseinstrument<sup>414</sup> über den Zuspruch der Fähigkeit von heilbringender Sublimierung<sup>415</sup> an sich bis hin zur pädagogischen und/oder therapeutischen Nutzung ihrer immanenten Potentiale.<sup>416</sup>

Das therapeutische Potential der künstlerischen Medien liegt, wie Hans-Günther Richter es versteht, zum Einen in der Offenheit<sup>417</sup> und zum Anderen im Synkretismus<sup>418</sup> der ästhetischen Sache.<sup>419</sup>

- Mit der Offenheit ist die uneingeschränkte Nutzbarkeit bildnerischer Medien bzgl. der Darstellungsform und -art gemeint. D.h.: Material, Form und symbolischer Gehalt der Gestaltung sind in ihren Ausführungen oder Einsatzmöglichkeiten unerschöpflich. Die ontogenetischen Zusammenhänge, welche sich aus der Interpretation der Symbolik einer bildnerischen Produktion ergeben, sind diagnostisch

<sup>413</sup> Von Schwerin (1988), S. 40.

<sup>414</sup> Eine Auflistung diagnostischer Instrumentarien des kunsttherapeutischen Bereichs findet sich in Sehringer (1983).

<sup>415</sup> Vgl. Kramer (1991), S. 45 ff.

<sup>416</sup> Vgl. Alles (2001b).

<sup>417</sup> Vgl. Richter (1984), S. 83 ff.

<sup>418</sup> Vgl. Richter (1984), S. 86 ff.

<sup>419</sup> Peter Rech erklärt den Wirkzusammenhang anhand der Begriffe ‚Poiesis‘ und ‚Katharsis‘. Vgl. Rech (1993), S.139 f., 143.

aufschlussreich und ermöglichen therapeutische Lenkung mittels Aufgabenstellung.

- Letztere Möglichkeit ergibt sich aus dem Synkretismus der ästhetischen Erfahrung, wonach im gestalterischen Wirken sowohl der produktive als auch der rekonstruierende Vorgang des Unbewussten einbezogen ist. Das bedeutet, dass sich in jeder Darstellung nicht nur das gegenwärtige Gewollte und Gedachte finden lassen, sondern auch Informationen früherer (emotionaler) Erfahrungen enthalten sind. Die Verborgenheit vergangener Erlebnisse in der Bildsymbolik und der dadurch gewährte Schutz vor Entlarvung erlauben dem Darstellenden die Verbindung von Kognition und Emotion, zu der er häufig ohne diesen Schutz nicht in der Lage ist.<sup>420</sup> Gerade diese Tatsache erfordert einen sensibeltherapeutischen Umgang mit bildnerischen Produktionen; denn das Aufdecken einer für den Interpretierenden vermeintlich offensichtlichen Aussage durch Entschlüsselung der bildnerischen Symbolik benötigt ein entsprechendes kompensatorisches Gegengewicht.<sup>421</sup>

### 2.8.9.1 Bildsprache als Diagnoseinstrument für ADS

Beim Einsatz des künstlerischen Ausdrucks als Diagnoseinstrument, werden die gleichen Auffälligkeiten wie bei der Verhaltensbeobachtung deutlich:

„In den Zeichnungen neigen die Kinder dazu, feste Strukturen und Formen zu sprengen und ihrer Impulsivität in ausfahrenden bzw. druckstarken Strichen Raum zu geben. Hier kann unter anderem aber auch der „Bedeutungsraum“, den sich das Kind zumisst, entweder in sehr kleinen oder den Rahmen sprengenden Darstellungen deutlich werden.“<sup>422</sup>

---

<sup>420</sup> Vgl. Richter (1984), S. 83 ff.; Alles (2001b).

<sup>421</sup> Zur Kompensierung kann einerseits die klassische Therapeuten-Patienten-Beziehung dienen, welcher in der Kunsttherapie die zusätzliche Möglichkeit der Erzeugung eines Übergangs-Subjektes im bildnerischen Medium offen steht. Vgl. Benedetti (1992), S. 234. Andererseits kann eben dieses Medium zur Entwicklung eines stabilisierenden Übergangsobjektes dienen. Vgl. Kap. **4.2.2.1 Kunsttherapie nach Limberg**.

<sup>422</sup> Heiduk (2000b), S. 296. Vgl. Heiduk (1993), S. 58 f.

Deutliche Unterschiede zur Normalpopulation gleichaltriger Schulkinder konnte Heiduk in einer Doppelt-Blind-Studie feststellen.<sup>423</sup> Bzgl. des Baum-Zeichen-Tests von Koch arbeitete er folgende Besonderheiten bei hyperaktiven Kindern heraus:

- „Asymmetrische Gestaltungsmuster:  
Schiefe der Gestalt, Rechtsläufigkeit der einzelnen Äste, Verschiebung des Baumes in den linken Blattraum
- Ungeordnete Darstellung:  
“verworrene“ Gestaltung der Baumkrone, Kritzelelemente, heftige ungeordnete Schraffuren
- Nicht altersentsprechende Darstellung:  
fehlende Andeutung räumlicher Strukturen (Stammbasis auf Blattrand platziert, fehlende Bodenlinie), nicht altersentsprechende Größendarstellung mit langen Stämmen, tiefliegende Äste“<sup>424</sup>

Obschon sich eindeutige Charakteristika bei den Baumzeichentests isolieren ließen, konnten bislang noch keine ein-eindeutigen Darstellungsformen für ADS herausgearbeitet werden. Wohl aber kann die Kinderzeichnung als Indikator für eine Störung in der kindlichen Entwicklung erachtet werden.<sup>425</sup>

Wie bei der Verhaltensbeobachtung auch, muss der (bildnerische) Ausdruck in Kombination mit weiteren Auffälligkeiten und unter Berücksichtigung von Ausschlusskriterien betrachtet werden.

### 2.8.9.2 Bildsprache zur Arbeit mit dem Körperbild

Michael Günther zitiert Freud, um den Zusammenhang zwischen Körperwahrnehmung und Selbstbild zu verdeutlichen:

„Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche.“<sup>426</sup>

---

<sup>423</sup> Vgl. Heiduk (1993), S. 46 f.; Heiduk (2000b), S. 299.

<sup>424</sup> Heiduk (2000b), S. 291. Vgl. Heiduk (1993), S. 90 f.

<sup>425</sup> Vgl. Heiduk (1993), S. 19.

<sup>426</sup> Freud (1923), S. 253 f.

---

Das hieße, so Günther, „das Ich leitet sich letztendlich von Körpersensationen ab, vor allem von jenen, die von der Oberfläche des Körpers entspringen“<sup>427</sup>. Folglich möge das Ich als geistige Projektion der Oberfläche erachtet werden. Das Körperbild wiederum hänge von frühesten Beziehungserfahrungen, im Besonderen mit der nächsten Bezugsperson, ab.<sup>428</sup>

Entsprechend ihrer jeweiligen Störung bewerteten Kinder unterschiedliche Körperregionen als negativ. Kinder mit einer expansiven Störung waren z.B. eher unzufrieden mit ihren Händen und Armen.<sup>429</sup>

Das bildnerische Darstellen ihres Körpers galt bei Günther nicht nur „als Ausdruck innerer Prozesse, sondern auch [als] strukturierendes Element der therapeutischen Beziehung im Sinne eines Übertragungsangebotes“<sup>430</sup>.

An dem projizierten Bild des eigenen Körpers wird in der Therapie gemeinsam gearbeitet, wobei der/die TherapeutIn die Abwehrfunktion als Schutz gegen depressive Gefühle und solcher von narzisstischer Kränkung erkennen und als solche behandeln muss. Auch Bilder aggressiver Natur, wie solche von Bomben, Explosionen, Raketen, Flugzeugen, etc. dienen dem/der TherapeutIn zur Wahrnehmung der Abwehrstrukturen.

Die Darstellung des Körpers als Problem sei der Versuch der Vermittlung zwischen innerer und äußerer Realität, die im Dialog zwischen TherapeutIn und PatientIn an eben jener Schlüsselstelle bewältigt werden solle.

Günther stellt zwar das fundierte Konzept ausführlich und mit Bezug auf ADS vor, macht aber über den Erfolg einer solchen analytischen Kunsttherapie bei Kindern mit ADS keine Aussage.

---

<sup>427</sup> Günther (2001), S. 81.

<sup>428</sup> Vgl. Günther (2001), S. 81 ff..

<sup>429</sup> Vgl. Günther (2001), S. 81 ff.; Schmidt (1998), S. 38.

<sup>430</sup> Günther (2001), S. 84.

## 2.8.10 MUSIKTHERAPIE

Roth et al. fanden heraus, dass Kinder mit ADS vermehrt Schwierigkeiten mit der Koordination und dem Rhythmusgefühl haben.<sup>431</sup> Eine therapeutische Intervention mit diesem Medium scheint jedoch nicht nur problemorientiert wirksam zu sein:

„Bei einer Musiktherapie können begleitende emotionale Probleme angegangen werden, Stärken können entdeckt und kanalisiert werden.“<sup>432</sup>

Uwe Zappala entwickelte eine heilpädagogische Intervention für Kinder und Jugendliche mit ADS, die er als Getrommel und Gedrohne betitelte, und stellt folgende Ziele heraus:

„Das Trommeln, die Musik in ihrer kommunikativen und interaktiven Wirkung, vermittelt Erfahrung von Gemeinschaft durch:

- Neubewerten des Rollenverhaltens; das Stören wird zum notwendigen Bestandteil des sozialen Geschehens, man darf/muss stören [den Rhythmus der anderen] und gehört dennoch zur Gruppe.
- Die Struktur der Musik, das gleichmäßige Schlagen, gibt Sicherheit; wer aussteigt, wird dafür geschätzt und anschließend wieder in die Gruppe aufgenommen.
- Man darf sich austoben und dabei lernen, Aggressionen zu kanalisieren.
- Der „Hyppie“, der normalerweise von einer Aktivität zur anderen springt, macht die Erfahrung von Gleichmäßigkeit und Regelmäßigkeit.“<sup>433</sup>

Zappala stellt in seinem Artikel zwar diverse Übungen und nachvollziehbare Ziele vor, macht aber keine Aussage über die Wirksamkeit der Maßnahme.

---

<sup>431</sup> Vgl. Roth et al. (1992), S. 79.

<sup>432</sup> Heiduk (2000a), S. 267.

<sup>433</sup> Zappala (2000), S. 295.

---

### 2.8.11 PSEUDOWISSENSCHAFTLICHE ANSÄTZE

In ihrer Verzweiflung über die Wirkungslosigkeit einer Intervention und ihrer Enttäuschung über den Mangel an persönlicher Zuwendung und Beratung durch den behandelnden Arzt greifen Eltern auch zu kaum nachvollziehbaren Mitteln, solange diese in irgendeiner Form Abhilfe versprechen.<sup>434</sup>

Die Esoterik bietet hierzu diverse Mittel, welche eine beständige Mithilfe des Betroffenen und der Angehörigen überflüssig machen und von außen schnelle Abhilfe zu schaffen versprechen. Mit Esoterik sind hier solche Pseudowissenschaften gemeint, welche sich komplexe Sachgebiete wie die Geomantik, Mineralogie, Kräuterkunde und Religionen bruchstückhaft zu eigen machen, um eine einfache Heilslehre zu verkünden, die mit wenig körperlich-geistigem, ohne tiefgreifende Veränderungen der Verhaltensweisen, dafür oftmals mit umso mehr finanziellem Aufwand zu erreichen ist.

Das beginnt mit Edelsteinen, die den Kindern während der Hausaufgabenbearbeitung um den Hals gelegt werden, Erdstrahlen, die durch Umstellen des Mobiliars angeblich vermieden werden, bis hin zur Gabe von Stutenmilch, des Badens in Urin oder des Pendelns.<sup>435</sup>

Grundsätzlich wird anerkannt, dass der Glaube an die Wirksamkeit einer Sache einen großen Teil ihrer Heilkraft ausmacht. Doch in diesem Zusammenhang kann außer einem eventuellen Placeboeffekt eine fundamentale Verunsicherung der Betroffenen und derer Angehörigen durch wirkungslose Hilfsmaßnahmen im Besonderen bzgl. ihres Vertrauens in den Erfolg anderer – wenn auch wissenschaftlich fundierter – Interventionen angenommen werden.

---

<sup>434</sup> Vgl. Kruse (1999), S. 61.

<sup>435</sup> Vgl. Kruse (1999), S. 61; Mattner (2001), S. 17.

## 2.9 FOLGERUNG AUS DEN DARGESTELLTEN VERFAHREN

Aus den gesichteten Behandlungsansätzen und deren Einschätzungen durch die Behandelnden mittels Einzelfalldarstellungen und Testungen mit statistischer Auswertung ergeben sich nachstehende Folgerungen:

1. Da kein homogenes Erscheinungsbild des ADS besteht, kann es auch keine generell erfolgreiche Therapie für einen Menschen mit diesem Syndrom geben. Daraus folgt:

**Eine Therapie, die Menschen mit ADS helfen soll, muss multiple Kausal- und Wirkfaktoren beachten.**

2. ADS ist ein psychisches Problem, das sich (je nach Betrachtungsweise) physisch manifestiert oder physische Ursachen hat und psychosozial verstärkt wird. Daraus ergeben sich folgende Anforderungen an eine Therapie:

**Eine Therapie, die bei ADS kurative Effekte erzielen möchte, muss sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene ansetzen und Veränderungen im nächsten Bezugsfeld (i.B. Familie) anstreben.**

Beim Störungsbild des ADS scheint eine solche Herangehensweise im besonderen Maße ratsam, weil nicht nur die Diagnose selten eindeutig ist,<sup>436</sup> sondern auch die Ursachen der Störung oftmals kaum von der Wirkung zu differenzieren sind. Die Multikausalität und Multifaktorialität des Syndroms fordert mehr als den Blick aufs Detail.

Eine sinnvolle Therapie agiert hier nicht nur in Teilbereichen, sondern arbeitet ganzheitlich, was bedeutet, dass nicht nur der Mensch in seiner Vielschichtigkeit erkannt und behandelt wird, sondern auch in seiner Abhängigkeit und Interaktion mit äußeren Variablen.

„Die Hyperkinetische Impulsstörung und andere Syndrome zerebraler Dysfunktionen zu kennen, bedeutet jeden Aspekt unseres Gebietes der Kinderpsychiatrie zu kennen – von der Psychodynamik bis zum ausschließlich organischen Feld.“<sup>437</sup>

---

<sup>436</sup> Vgl. Eckstein-Al-Kabbani (1999), S. 201; Pozzi (2002), S. 167 f.

<sup>437</sup> Laufer (1975), S. 123.

---

Um effektive Behandlungsmöglichkeiten zu finden, ist es dennoch notwendig, sie getrennt zu untersuchen, um sie im Falle der Effizienz mit anderen Maßnahmen zu kombinieren.

Daher wird im Rahmen der vorliegenden Studie einzig die Therapie der Kinder untersucht, obwohl LehrerInnen- und Elternberatung sowie ggf. eine Familientherapie Voraussetzung für Dauerhaftigkeit<sup>438</sup> wären.

Wie schon von Lempp<sup>439</sup> ausgeführt, beschreibt auch das System Schule als Teil des Systems *offene Gesellschaft*<sup>440</sup> mit Auswirkungen wie Etikettierung, Fernsehkonsum, instabilen Lebensgemeinschaften<sup>441</sup> und Individualisierung<sup>442</sup> einen maßgeblichen Faktor, der eine Eingliederung aufmerksamkeitsgestörter Kinder einerseits und deren angemessene Förderung andererseits verhindert. Diese Faktoren zu kennen ist wichtig für die Therapie, sie im Großen zu verändern ist nicht deren Aufgabe. Dafür bedarf es einer Kooperation der Institutionen und Disziplinen.<sup>443</sup>

Aufgabe der Therapie ist es, im Kleinen, für den Einzelnen, zu arbeiten und Ansatzmöglichkeiten zu finden, ihn in seinem „seelischen und körperlichen Wohlbefinden“<sup>444</sup> zu stützen und zu stärken.

Hier setzt der nachfolgend beschriebene Ansatz an. Für Kinder mit ADS wurde eine Therapie zusammengestellt, die auf drei Handlungs- und Erlebnisebenen ansetzt:

- Mit Atemtechniken auf der körperlichen Ebene,
- mit Konzentrationsübungen auf der geistigen (kognitiven) Ebene und
- mit bildnerischen Techniken auf psychischer (emotionaler) Ebene

Es wird davon ausgegangen, dass alle drei Ebenen zusammenwirken und sich gegenseitig beeinflussen,<sup>445</sup> was eine Erhöhung der Heilungschancen durch eine ganzheitliche Behandlung bedeuten könnte.

---

<sup>438</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 80.

<sup>439</sup> Vgl. Lempp (1981), S. 22; Bärsch (1999), S. 199.

<sup>440</sup> Bärsch (1999), S. 201 ff.

<sup>441</sup> Vgl. Mattner (2001), S. 20 ff.

<sup>442</sup> Vgl. Passolt (2001), S. 31.

<sup>443</sup> Vgl. Taylor/Hemsley (1995), S. 2.

<sup>444</sup> Grawe et al. (2001), S. 21.

<sup>445</sup> Vgl. Ko. (1994), S. 163.

### 3 UNTERSUCHUNGSZIEL UND HYPOTHESEN

Untersucht wurde die Wirkung der im Folgenden näher zu erläuternden trimodalen Maßnahme bei Kindern mit ADS, die bis auf zwei Ausnahmen keine zusätzlichen Therapien erhielten und deren nächste Bezugspersonen nicht mittherapiert wurden.

Gegenstand der Untersuchung war

- die Veränderung der Kernsymptome des ADS: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität in ihrer diagnostischen Bedeutsamkeit sowie
- die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, wie sie von den Patienten selbst wahrgenommen wurde und von einem Persönlichkeitsfragebogen erfasst werden konnte.

Folgende Hypothesen werden angenommen:

- Es wird angenommen, dass die Gruppe der therapierten Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant größere Fortschritte bei der Reduzierung der Kernsymptome macht.
- Es wird angenommen, dass die Therapiegruppe ihre Persönlichkeitsstruktur positiv verändern kann, gemessen an der Eichstichprobe eines standardisierten Persönlichkeitsfragebogens, und dass sich diese Veränderungen signifikant von denen der Kontrollgruppe unterscheiden.

---

## 4 METHODE

Die kunsttherapeutische Intervention fand von November bis Juni des Schuljahres 2002/2003 an zwei Sonderschulen für Erziehungshilfe in Köln statt. Die psychologischen Testverfahren wurden von Ende Oktober bis Anfang November 2002 und im Juli 2003 angewendet. Die Auswahl der Klassenstufen 2 bis 5 entsprach dem Altersspektrum des PFK 9-14, der als beschreibendes Messwerkzeug eingesetzt werden sollte.

Die Therapiesitzungen erfolgte während der regulären Schulzeit: Ein Mal wöchentlich suchten die Kinder einzeln für jeweils 45 Minuten einen Raum innerhalb des Schulgebäudes auf. Während in einer der beiden Schulen ein kleiner abseits gelegener Raum zur Verfügung stand, fand die Therapie in der anderen Schule in einem seltener benutzten Klassenzimmer statt, das zwischen zwei anderen Klassenräumen lag und auf denselben Flur führte. Dieser Therapie-Klassenraum war ungleich lauter und unkomfortabler. Er bot mehr Ablenkung, und es musste häufig auf einen anderen Raum ausgewichen werden, weil dieser aufgrund schulalltäglicher Widrigkeiten für den Unterricht benötigt wurde. Dennoch wirkte sich dieser äußere Störfaktor nicht nachweisbar auf die Ergebnisse der Untersuchung aus.

Die Patienten sollten neben der Maleinheit innerhalb der wöchentlichen Sitzungen täglich mindestens 10 Minuten zu Hause malen. Die entstandenen Bilder sollten sie nicht mit ihren Eltern besprechen, sondern in die wöchentliche Therapiesitzung mitbringen.

### 4.1 STICHPROBE

Die Stichprobe bezieht sich auf die SchülerInnen jener Sonderschulen für Erziehungshilfe in Köln mit der schulärztlichen Diagnose ADS bzw. ADHS oder HKS. Welches Kind therapiert wurde und welches zur Kontrollgruppe gehörte, entschied sich zufällig mit dem Eingang der Einverständniserklärung durch die Eltern und der

---

dadurch möglichen Einsicht in die Schulakten. Die Reihenfolge der Eingänge war beeinflusst von Zufallsfaktoren wie Urlaub, Krankheit und dem Erscheinen bei einem entsprechenden Informationsabend.<sup>446</sup> Als nicht zu vernachlässigender Einflussfaktor ist auch hier das Engagement in Form von häufigem Nachfragen der Lehrerinnen zu betrachten.

### 4.1.1 PROBANDEN

Zwei der therapierten Kinder waren mit ihrem Alter von 8 bzw. 13 Jahren ein Jahr jünger bzw. zwei Jahre älter als die anderen. Da sich aber weder in der Therapie noch bei den Testungen Unterschiede innerhalb der Altersgruppe nachweisen ließen, werden hier keine Angaben zum Alter einzelner Kinder gemacht und nur das Durchschnittsalter von 10 Jahren bei Einzeldarstellungen genannt.

Ähnlich wird mit der Aussage zum Geschlecht der Patienten verfahren, da die Gesamtgruppe aus 26 Jungen und 2 Mädchen bestand, wovon eines Probandin der Therapie- und eines Probandin der Kontrollgruppe war. Um die Privatsphäre der beiden Mädchen zu schützen, wird in der Beschreibung nicht zwischen männlichen und weiblichen PatientInnen unterschieden, sondern nur von männlichen Patienten berichtet.

- Als erstes Screening-Instrument galten die Einschätzungen der Lehrerinnen bzgl. der Symptomatik ihrer SchülerInnen. Aufgrund dieser Einschätzung wurden die Eltern angeschrieben und um ihr Einverständnis mit einer Therapie und ihre Erlaubnis zur Einsicht der Schulakten durch die Therapeutin gebeten.
- Zweites Instrument waren (nach Eingang der Einverständniserklärung der Eltern bei der Therapeutin) die Diagnosen der schulärztlichen Untersuchungen.
- Drittes Screening-Instrument waren die Fremdbeurteilungsbogen FBB-HKS und FBB-SSV, die von den Lehrerinnen ausgefüllt wurden.

Die Zusammensetzung der Therapie- und Kontrollgruppe erfolgte entsprechend der Warteliste. Dennoch enthielten beide Gruppen in etwa gleich viele Kinder mit deutli-

---

<sup>446</sup> Es signierten alle Eltern ihr Einverständnis, die bereit waren, bei einem Informationsabend über die Kunsttherapie in der Schule zu erscheinen. Während dieser Informationsabend in der einen Schule an den Elternsprechtag anschloss, war in der anderen Schule ein extra Abend anberaumt worden. Die Anzahl der interessierten Elternpaare, bzw. Alleinerziehenden war bei beiden Terminen gleich.

---

chen und mit weniger ausgeprägten Symptomen. Auch befanden sich in beiden Gruppen Kinder, die (zusätzlich) andere Therapien erhielten: In der Kontrollgruppe wurden drei Probanden verhaltenstherapeutisch, einer davon zusätzlich medikamentös behandelt. In der Therapiegruppe erhielt ein Proband Medikamente, ein weiterer Proband begann während der Intervention (ohne Rücksprache mit der Therapeutin) zuerst eine Ergotherapie und gegen Ende der Intervention zusätzlich eine Sprachtherapie, woraufhin die trimodale Intervention auf die spielerischen Elemente der Kunsttherapie und die beiden Entspannungsverfahren reduziert wurde.

Die Lehrerinnen wählten insgesamt 29 Kinder aus beiden Schulen aus, davon 12 in Schule A und 17 in Schule B. Die unterschiedliche Auswahlstärke erklärt sich dadurch, dass eine Lehrerin der Schule A auf die schriftliche Anfrage hin keine Resonanz der Eltern ihrer Schüler erhielt und sich aus der Studie zurückzog.

Von den 29 SchülerInnen wurden 27 mit dem PFK 9-14 prä- und post getestet. Die anderen beiden verweigerten vor Testbeginn die Mitarbeit. Ein weiterer Schüler konnte den Prä-Test nicht zu Ende führen, bei einem anderen fehlte zunächst das schulärztliche Attest. Während der Befragung mittels PFK 9-14 wurde unverkennbar, dass bei diesem Schüler ohne 2. Screening-Instrument tiefgreifende Entwicklungsstörungen vorlagen, die als Ausschlusskriterium für ADS gelten. Im folgenden Gespräch mit der Lehrerin bestätigte sich diese Annahme, und der Schüler wurde von der Studie ausgeschlossen.

Zwei Schüler der Kontrollgruppe wechselten während der Therapiephase die Schule und konnten nicht mehr post-gestestet werden (Einer der beiden hatte zuvor schon die Zusammenarbeit verweigert). Nach der Therapiephase wechselten insgesamt sechs Schüler auf eine weiterführende Schule, fünf aus der Therapie-Gruppe und einer aus der Kontrollgruppe, ein weiterer Schüler der Kontrollgruppe wechselte den Wohnort, nicht aber die Schulart. Von den Fünfen, die aus der Therapiegruppe wechselten, wurde die Therapie eines der Patienten drei Mal während des Schuljahres durch mehrwöchige Hospitationen in der Zielschule unterbrochen und konnte aufgrund der dürftigen Kontinuität nur mit Einschränkungen durchgeführt werden.

Zum Zeitpunkt der Post-Testung waren 21 Kinder bereit, sich ein zweites Mal testen zu lassen. Von denen brach eines den Test ab, und ein zweites Kind verweigerte ihn

---

komplett. In der Kontrollgruppe gab es insgesamt sechs Drop-Outs aufgrund der jeweiligen Verweigerung der Prä-, Post- oder Follow-Up-Testung, und in der Therapiegruppe verweigerte ein Proband die Post-Testung.

Von den anfänglich 29 Probanden bestand nach 9 Monaten Studiendauer bei 15 Probanden Aussicht auf eine Follow-Up-Testung. Bei den Kindern, welche zu weiterführenden Schulen wechselten, sollte lediglich eine Testung erfolgen, wenn sie im entsprechenden Zeitraum bis zur Follow-Up-Testung in die Sonderschule zurückgeschult würden, ergo den Anforderungen der neuen Schule nicht wie erwartet standhielten, was aber bei keinem Probanden zutraf.

### 4.1.2 STÖRFAKTOREN

Eine Störung des Sozialverhaltens ist grundsätzlich schwierig zu therapieren, weil sie von den Betroffenen selbstregulativ und häufig als unabänderlich erfahren wird. Daher wird sich ein aus medizinischer Sicht dissozialer Mensch diesbezüglich nicht freiwillig einer Therapie unterziehen. Bei dissozialen Kindern ist der therapeutische Auftrag demzufolge in den seltensten Fällen intrinsisch motiviert, sondern wird von außen suggeriert oder aufoktroziert. Da der Sinn dissozialen Verhaltens für diese Kinder darin besteht, „ihren Selbstwert zu erhöhen (...) [und sich] ihrer Handlungskompetenz zu versichern“<sup>447</sup>, beinhaltet jede therapeutische Intervention mit der implizierten Annahme, sie seien krank und gewissermaßen nicht für ihr Handeln verantwortlich, eine narzisstische Kränkung.

Und weil es bei der therapeutischen Intervention nach Limberg darum geht, die eigene Urheberschaft von Erleben und Verhalten zu erkennen und zu nutzen, ist es Aufgabe der Therapeutin, diese Urheberschaft mit Hilfe bewusst getroffener (Bild-) Entscheidungen spürbar zu machen.<sup>448</sup> Paradoxe Weise stellt dies zunächst die vermeintliche Handlungskompetenz in Frage, weil mit gestärktem (Selbst-) Vertrauen

---

<sup>447</sup> Schleiffer (1995), S. 201.

<sup>448</sup> Während destruktives Verhalten der Patienten im Alltag erwartungsgemäß Bestrafung als Konsequenz hatte, wurde es im therapeutischen Prozess als Erlebnisqualität mit der Frage und dem Ziel nach Angenehmem beleuchtet: ‚War das angenehm?‘ ‚Ist es jetzt immer noch angenehm?‘ Wurde eine der beiden Fragen mit ‚nein‘ beantwortet, resultierte daraus, dass dieses Vorgehen nicht wiederholt werden sollte. Je weiter die Patienten im salutogenetischen Prozess fortschritten, desto sicherer wurden sie im Unterscheiden von kurzfristig und vordergründig Befriedigendem im Gegensatz zu längerfristiger Zufriedenheit.

---

deutlich wird, dass (frühere) Handlungsweisen sich aus generalisierten Erfahrungen von Ohnmacht ergaben. Diese Erkenntnis ist für Kinder mit dissozialer Störung besonders schmerzhaft und bedarf einem großen Gegengewicht an Bewältigungskraft, das aufbauen zu helfen viel Zeit und Geduld erfordert.

Ein weiterer Störfaktor, der aus der therapeutischen Situation mit Kindern resultiert, liegt darin, dass Psychotherapie und insbesondere Kunsttherapie nach Limberg „auf die dauernde Mitwirkung, auf ein Mithandeln ihrer Patienten angewiesen [ist] und damit auf die Möglichkeit, dass diese sich auch anders verhalten können“<sup>449</sup>. Dieser Störfaktor wurde durch die Abmachung zu Beginn der Intervention, dass die *Teilnahme*pflicht auf zwei Monate beschränkt blieb, abgemildert. Jene Abmachung erforderte wiederum ein Höchstmaß an Motivationsstrategien und Überredungskunst, die bei drei von fünfzehn Patienten nicht bzw. nicht durchgängig erfolgreich waren.

Die Sonderschule als therapeutisches Bedingungsfeld kann in vielfacher Hinsicht als Störfaktor gesehen werden:

- Der Lärmpegel in einer Schule, in der pädagogisch ausgedrückt erziehungsschwierige und nach medizinischen Termini dissoziale Kinder beschult werden, ermöglicht kaum konzentriertes Arbeiten und ist für Kinder mit ADS ein besonderer Belastungsfaktor.
- Das impulsive Verhalten der KlassenkameradInnen erschwert die Anwendung neuer Handlungsmöglichkeiten und die Entwicklung sozialer Kompetenzen.
- Die Unregelmäßigkeit von schulischer Anwesenheit der Patienten erschwert konstante therapeutische Arbeit.<sup>450</sup>

Die Sonderschulen für Erziehungshilfe wurden – trotz der strukturellen Defizite wie Unterbesetzung und Unterfinanzierung – aufgrund der gesuchten Konzentration von Kindern mit ADS in Kombination mit SSV als Bedingungsfeld ausgewählt. Alle daraus resultierenden Nachteile wurden als Routinebedingungen in Kauf genommen.

---

<sup>449</sup> Schleiffer (1994), S. 5.

<sup>450</sup> Diese Unregelmäßigkeit ist multifaktoral begründet und damit schwierig anzugehen. Wirkfaktoren sind: Teilweises Desinteresse oder Überforderung der Eltern, auch Krankheit des Kindes sowie häufige Überlastung der Lehrerinnen, deren Aufgabenspektrum zwischen dem einer Therapeutin, Sozialarbeiterin und Pädagogin verschwimmt, woraus wiederum ungenügende Kommunikation, Unterrichtsausfall und chaotische Arbeitsstrukturen resultieren.

---

Da die familiäre Situation nicht therapiert werden sollte, musste sie gleichsam als Störfaktor durch intensives therapeutisches Bemühen bei den Patienten bestmöglich kompensiert werden.

## 4.2 TRIMODALE THERAPIE

Die Kombination aus Kunsttherapie, Konzentrationsübungen und Atemtechniken soll entlang der von Stefan Klingberg<sup>451</sup> geforderten Richtlinien auf ihre Effektivität hin überprüft werden.

### 4.2.1 THERAPIEZIEL

Die trimodale therapeutische Intervention hat das Ziel der Stärkung der Bewältigungskraft und soll dem Patienten einen Schlüssel an die Hand geben, mit dem er fähig ist, seine Problematik dauerhaft zu lösen. Dieser Schlüssel soll von ihm selbst reproduzierbar sein und sein Empfinden von der Urheberschaft eigenen Erlebens und Verhaltens in dem Maße stärken, dass er bereit ist, neue Probleme aktiv anzugehen.

„Das Empfinden von Urheberschaft, das Unterscheiden von selbstverursachten und von anderen verursachten Wirkungen trägt wesentlich dazu bei, auf der Suche nach Authentizität von Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen, Vorstellungen einen Schritt weiterzukommen und zunehmend zwischen einem ‚falschen Selbst‘ und einer ‚Selbst-Identität‘ unterscheiden zu lernen, das Vertrauen zu den eigenen Sinnen wieder zurückzugewinnen. Das Selbst kann als Motiv des Handelns erfahren werden, Handlung und Gefühle wieder zusammengebracht und die Verantwortung für sich selbst auf der Basis neuer Erfahrungen übernommen werden.“<sup>452</sup>

---

<sup>451</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 20 ff.

<sup>452</sup> Limberg (1998), S. 67

---

Ein Fernziel der therapeutischen Intervention war es, den Patienten mittels einer solchen Verhaltensänderung zu einem Schulwechsel auf weiterführende Schulen zu verhelfen. Primärziel war die Reduzierung der Symptomatiken des ADS und SSV sowie eine als positiv zu wertende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, gemessen an entsprechenden Tests.

## 4.2.2 THERAPIEMODULE

Die im Folgenden auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte Therapie wurde aus drei Modulen von „künstlerischen Therapien“<sup>453</sup> aufgebaut.

- Das Hauptmodul, Kunsttherapie nach Limberg, bildet die Basis der Intervention, und nutzt das künstlerische Verfahren der Aquarellmalerei für die affektlogische Arbeit.<sup>454</sup>
- Dieses Modul wird ergänzt von einleitenden und unterstützenden Konzentrationsübungen und Atemtechniken, beides Elemente eines koreanischen Gesundheitstrainings<sup>455</sup>, mit jeweiligen Wirkmechanismen auf physischer<sup>456</sup> und psychischer<sup>457</sup> Ebene.

Um die eventuelle Einflussnahme der Kombination dieser Techniken auf Symptome des ADS und der SSV überprüfen zu können, ohne die Wirkung durch zusätzliche Maßnahmen zu beeinflussen, wurde im Rahmen der im Folgenden beschriebenen Studie auf systemverändernde Module wie Elternberatung und -therapie oder Familientherapie verzichtet, und die behandelten Kinder sollten prinzipiell keine andere therapeutische Unterstützung erhalten.

---

<sup>453</sup> Petersen (2000), S. B-779.

<sup>454</sup> Zur Affektlogik vgl. Ciompi (1982).

<sup>455</sup> Vgl. Ko (1994), S. 225 ff.

<sup>456</sup> Vgl. Heiduk (2000a), S. 268; Westphal (2003), S. 1.

<sup>457</sup> Vgl. Chapell (1994), S. 803 ff.

### 4.2.2.1 Kunsttherapie nach Limberg<sup>458</sup>

Der zugrunde liegende Psychotherapiebegriff meint eine Form von Psychotherapie, welche auf die intensive Wirkung auf psychischer Ebene ausgerichtet ist und den Zweck einer positiven Beeinflussung der psychischen Struktur erfüllt, sodass die resultierenden Veränderungen stabil sind (i.B. die Zeit der Therapie überdauern).<sup>459</sup>

Der therapeutische Einfluss auf die Entwicklung eines beeinträchtigten Menschen ist bei Bowlby anschaulich dargestellt.<sup>460</sup> Demnach können negative (störende und hemmende) Einflüsse der gesunden Entwicklung durch positive (stützende und fördernde) Maßnahmen ausgeglichen werden.

Von dieser These geht auch Limberg mit ihrem auf die Ressourcen des Patienten ausgerichteten heilpädagogisch-kunsttherapeutischen Ansatz aus.

Kunsttherapie nach Limberg möchte dem Patienten unter Zuhilfenahme seiner konstruktiven Fähigkeiten und der daraus erarbeiteten Stärkung seiner Bewältigungskraft Einblick in seine Erlebens- und Verhaltensmuster ermöglichen.

Nach Grawe et al. geschieht „bei einem bewältigungsorientierten und einem klärungsorientierten Vorgehen (...) auf einer vom konkreten Vorgehen abstrahierten Ebene gar nicht so völlig Unterschiedliches“<sup>461</sup>. D.h., die Klärungsebene wird erreicht, weil die Problematik wie bei Limberg durch eine Steigerung der Bewältigungskraft „auf der neuen Bewusstseinssebene in andere Bedeutungszusammenhänge gestellt [wird] und dadurch neue ‚Regulierungen‘“<sup>462</sup> stattfinden können. Daher kann es dem Patienten mit der Zunahme seiner Bewältigungskraft ermöglicht werden, seine Schemata dauerhaft zu verändern.<sup>463</sup>

So bietet Kunsttherapie nach Limberg dem Patienten sowohl eine Klärungs- als auch eine Problembewältigungsperspektive, welche wiederum mit dem dritten Pfeiler einer gemäß Grawe sinnvollen Psychotherapie, der Beziehungsperspektive, zusammen-

---

<sup>458</sup> Vgl. Alles (2001b).

Nachstehend wird der besseren Lesbarkeit halber und in Anbetracht der situativen Begebenheiten im Rahmen der Studie von der Therapeutin und der Lehrerin sowie von dem Patienten die Rede sein.

<sup>459</sup> Vgl. Zepf/Hartmann (2002), S. 278.

<sup>460</sup> Vgl. **Anhang, Abb. 15**: Entwicklungspfade nach Bowlby

<sup>461</sup> Grawe et al. (2001), S. 773.

<sup>462</sup> Grawe et al. (2001), S. 772.

<sup>463</sup> Zu Schemata vgl. Grawe et al. (2001), S. 764.

---

spielt. Die Therapiebeziehung soll demnach nicht nur unmittelbar ein verbessertes Selbstwertgefühl des Patienten bewirken und seine Bereitwilligkeit, sich seinen Schwierigkeiten zu stellen, erhöhen, sondern ihn für die therapeutischen Prozesse öffnen und aufnahmebereit machen.<sup>464</sup>

Im kunsttherapeutischen Kontext findet eine solche Beziehung nicht allein zwischen Therapeutin und Patient statt, sondern schießt zudem das bildnerisch Dargestellte mit ein. Aus diesem Grund sorgt die Therapeutin bei der Kunsttherapie nach Limberg dafür, dass auch der darstellerische Aspekt ein stärkender ist und motiviert den Patienten, nicht seine Probleme wiederzugeben, sondern sich mit der Produktion von angenehmem Bildmaterial symbolisch ein Übergangsobjekt<sup>465</sup> zu suchen, das er über die Therapie hinaus selbst reproduzieren und zu gegebener Zeit wieder vernachlässigen kann.

Limberg verwendet den allgemeinen Begriff der Kunsttherapie, obgleich sie für ihre Therapieform nur das Medium der Aquarellmalerei nutzt. Sie sieht den therapeutischen Aspekt aber nicht im genutzten Medium, sondern in dessen Offenheit (generellen Nutzbarkeit) und synkretistischer Option<sup>466</sup> (der Verbindung von gegenwärtig Erlebtem und Erinnerungem im bildnerischen Symbol).

Limberg<sup>467</sup> geht davon aus, dass die Kinderzeichnung die frühen physischen und emotionalen Erlebnisse des Säuglings und Kleinkindes in seinem Umgang mit den nächsten Bezugspersonen reflektiert.<sup>468</sup> Sie sieht in der Entwicklung der ersten Grundformen, Kreis und Quadrat, einen Ausdruck der menschlichen Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit und Wertschätzung.

Nach Abraham H. Maslow<sup>469</sup> ist es für das tiefere Verständnis sinnvoll, die Grundbedürfnisse des Menschen in Defizit- und Wachstumsbedürfnisse zu unterteilen. Defizitbedürfnisse bestehen aus 1. physischen Bedürfnissen (z.B. Nahrung und Wärme), 2. sozialen Bedürfnissen (z.B. Nähe und Zuwendung), 3. dem Bedürfnis nach Sicherheit (z.B. Konstanz und Zuverlässigkeit), 4. dem Bedürfnis nach Wertschätzung

---

<sup>464</sup> Vgl. Grawe et al. (2001), S. 784.

<sup>465</sup> Vgl. Winnicott (1983), S. 306 f.

<sup>466</sup> Vgl. Kap. **2.8.9 Kunsttherapie**.

<sup>467</sup> Vgl. Limberg (1998), S. 99 ff.

<sup>468</sup> Zur Rolle der Bezugspersonen vgl. Stern (1993), S. 47 f., 104 f., 152 f., 353 f.

<sup>469</sup> Vgl. Maslow (2002), S. 88 ff.

---

(z.B. Achtung und Geduld). Erst wenn diese Defizitbedürfnisse der Menschen befriedigt seien, so Maslow, würde es ihnen möglich, ihre Wachstumsbedürfnisse nach Selbstverwirklichung anzugehen.

Aufgrund der von Limberg beschriebenen Therapieerfahrungen mit Erwachsenen, wurde den Kindern die Möglichkeit eröffnet, die Fortdauer der Therapie nach zwei Monaten selbst zu bestimmen, was sich als kontraproduktiv erwies. Denn das Hinterfragen ihrer Handlungen bzgl. ihrer Bedürfnisse und die resultierende Änderung ihrer Gewohnheiten empfanden die meisten der Kinder als extrem anstrengend, und versuchten dies zu vermeiden. Zudem war es ihnen trotz der Freude über die Einzelzuwendung unangenehm zur Therapie zu müssen.

Da die Kinder ihre Entscheidungshintergründe für einen Therapieabbruch offen darlegten bestand darin die Chance, sie bei der Therapie zu halten. Durch die Abmachung bei Therapiebeginn musste immer wieder Überzeugungsarbeit geleistet werden, dass es zwar zum Zeitpunkt der Veränderung mühsam ist, die Gewohnheit zu überwinden, dass das Resultat aber dauerhafte, weil wieder abrufbare Entspannung bedeutet.

### **Therapieziel nach Limberg**

Ziel der Therapie ist es, mit dem Patienten eine von ihm selbst evozierbare Möglichkeit zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zu erarbeiten, um (auf diese Art stabilisiert) einen angemessenen Umgang mit seiner Problematik zu entwickeln und seine Wachstumsbedürfnisse wahrnehmen zu können.

### **Therapiemethode**

Mit der Nutzung des synkretistischen Potentials der bildlichen Darstellung befriedigt der Patient im Rahmen der Kunsttherapie nach Limberg seine Grundbedürfnisse über die regressive<sup>470</sup> Verwendung der Grundformen.

---

<sup>470</sup> Zur Regression im Dienste des Ich vgl. Kris (1977), S. 187 ff.

---

Zuvor jedoch muss er eine Beziehung zum Bild aufbauen, die in ihrer Funktion (der Bedürfnisbefriedigung) der eines Übergangsobjektes nach Winnicott nachkommt.<sup>471</sup> Damit sich diese Beziehung entfalten kann, sorgt die Therapeutin dafür, dass sich eine Atmosphäre der Stabilität und Vertrautheit entwickelt – sowohl innerhalb der therapeutischen Sitzungen als auch zwischen Patient und Bild.

Eine solche Atmosphäre mit der *Illusion* von Kontrolle ist notwendig, damit sich aus der Illusion ein Übergangsphänomen entwickeln kann.<sup>472</sup> Die Ermöglichung dieses Peripherbereiches der menschlichen Wahrnehmung, der sich zwischen der real abschätzbaren und der erlebten Situation befindet, ist notwendig, damit ein Übergangsobjekt gefunden werden kann. Nach Winnicott sorgt die ausreichend gute Mutter mit der anfänglich absoluten Entsprechung der Wünsche des Säuglings für die Ermöglichung einer solchen Illusion und dem darauf aufbauenden Finden eines Übergangsobjektes; „kein Mensch jedoch, dem seine Mutter keinen ausreichend guten Anfang ermöglicht hat, kann dieses Problem auf gesunde Weise lösen.“<sup>473</sup>

Kunsttherapie nach Limberg ermöglicht dem Patienten mit dem Malen die Erschaffung eines illusionären Raumes, indem nicht gegenständlich-narrativ am Problem gearbeitet wird, sondern ungegenständlich – unter Nutzung der Grundformen im Zuge der patientengesteuerten Regression. Der Patient malt also Grundformen mit einem für ihn ungefährlichen, weil kontrollierbaren Symbolgehalt und sucht sich beim Malen mit wachsendem (Selbst-) Vertrauen ein Symbol, das genau seinen Bedürfnissen entspricht. Die Therapeutin sorgt dafür, dass er sich im bildnerischen Gestalten eine Art illusionären Schutzraum aufbaut, indem sie ihn konstant darin fördert, ausschließlich Techniken, Farben, Strukturen und Symbole zu verwenden, die sein Wohlbefinden fördern. Der (Wahrnehmungs-) Raum für das Übergangsobjekt wird somit (heil-) pädagogisch geschaffen. Das entstehende Übergangsobjekt wiederum funktioniert im Sinne Winnicotts als Gegengewicht zur Problematik des Patienten und stärkt seine Bewältigungskraft.<sup>474</sup>

---

<sup>471</sup> Vgl. Winnicott (1983), S. 304 f.

<sup>472</sup> Zur Illusion des Säuglings Winnicott (1983), S. 314 f.

<sup>473</sup> Winnicott (1983), S. 314.

<sup>474</sup> Vgl. Winnicott (1983), S. 306 f.

---

Ontogenetisch früheste Befriedigungsdefizite können nach Limberg zu jeder Zeit nachgeholt werden, wenn die Bewältigungskraft ausreicht bzw. (therapeutisch) aufgebaut wurde.<sup>475</sup>

### Therapeutische Technik

Die Therapeutin lenkt den Beziehungsaufbau mit der Technik des therapeutischen Double-Bind wie Luc Ciompi<sup>476</sup> es verwendet ein. Sie lässt den Patienten zwischen zwei bis drei vorselektierten Möglichkeiten eine Lösung auswählen, welche diesem für den Moment am ehesten zusagt. So geleitet die Therapeutin den Patienten von der Frage

- (1) ‚Was gefällt mir besser?‘ zu
- (2) ‚Was ist mir lieber?‘ zu
- (3) ‚Womit geht es mir besser?‘ und endlich
- (4) ‚Was brauche ich?‘

Der Patient wählt sich seine Aufgabe nach eigenen Präferenzen aus dem Angebot der Therapeutin und genießt die Konstanz und Sicherheit, die sich aus der Forcierung beständigen Arbeitens an der gleichen Sache und dem Schutz vor Perseveration (ggf. durch neue Angebote mittels Double-Bind) ergibt. Mit dem Vertiefen und vertraut Werden mit einer Sache, kann sich der Mensch auf diese einlassen und durch fortwährendes Üben zu einem Flow-Erlebnis<sup>477</sup>, dem Vergessen von Zeit und Raum in einem Gefühl absoluter Zufriedenheit, kommen.

„Flow tritt (...) meist bei klar strukturierten Aktivitäten auf, bei denen das Niveau der Anforderungen und notwendigen Fähigkeiten variiert und gesteuert werden kann.

Um im Flow zu bleiben, muss man die Komplexität der Aktivität ständig erhöhen, indem man neue Fertigkeiten entwickelt und sich entsprechend neue Herausforderungen sucht. (...)

---

<sup>475</sup> Vgl. Limberg (1998), S. 92 f., 98 ff.

<sup>476</sup> Vgl. Ciompi (1982), S. 374 ff.

<sup>477</sup> Vgl. Csikszentmihalyi (1991), S. 43 f.

---

Die Flow-Dynamik veranlasst den Menschen, sich „zu strecken“, immer neue Herausforderungen zu suchen und erneut angemessene Fähigkeiten zu entwickeln.<sup>478</sup>

Um dem Patienten zu solchen Flow-Erlebnissen zu führen, verlangt Kunsttherapie nach Limberg von der Therapeutin einen nicht interpretierend-aufdeckenden sondern den zurückhaltend-spiegelnden Umgang mit dem Patienten. Sie nützt den für jeden Patienten unterschiedlichen Symbolgehalt der Grundformen zur Stärkung der Bewältigungskraft. Auf diese Art gelingt es dem Patienten, selbst das Maß an Problembewusstmachung zu dosieren und im geschützten Rahmen Emotion und Kognition seiner Erlebnisse zu verbinden und seine individuelle Lösung zu entdecken.

Als heilpädagogische Intervention gilt es, auf der Basis des gegebenen Handlungsspektrums neue Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Limberg stellt in diesem Zusammenhang die förderliche Bedeutung von Varianz und Invarianz heraus, welche in harmonischem Wechsel strukturschaffend und somit auch strukturverändernd sein.<sup>479</sup> D.h. es muss immer eine Sicherheit, etwas Beständiges, bleiben, damit sich etwas Neues entfalten kann.<sup>480</sup>

### **Therapieverlauf nach Limberg**

Während der Sitzungen wird häufig nur zu Beginn gemalt, auch um dem Patienten ggf. die Angst vor dem Neuen und den Leistungsdruck zu nehmen. Hauptsächlich malt der Patient zu Hause (in möglichst konstantem Umfeld) und lernt, sich beim Malen etwas Gutes zu tun speziell in Situationen, in denen er sich nicht gut fühlt.

Nach den anfänglichen Lockerungsübungen gibt die Therapeutin offene Angebote, wie: ‚Wie viel Zinnober braucht Karmin?‘ Oder ‚Wie viel Gelb braucht Blau?‘

Der Patient lernt im therapeutischen Prozess anhand äußerer, technischer oder ästhetischer Bedingungen, Entscheidungen über seine Präferenzen zu treffen.

Im Verlauf der Therapie werden die Angebote komplexer und die Entscheidungen für den Patienten grundlegender. Ein fortgeschrittenes Angebot könnte lauten: Probieren

---

<sup>478</sup> Csikszentmihalyi (1991), S. 44.

<sup>479</sup> Zur Bedeutung von Varianz und Invarianz vgl. Ciompi (1982), S. 399.

<sup>480</sup> Vgl. Limberg (1998), S. 104.

---

Sie aus, konzentrische Formen zu malen, Kreis oder Quadrat, von innen nach außen oder von außen nach innen. Sie entscheiden, was Ihnen am angenehmsten ist und arbeiten genau mit dieser Konstellation weiter.

Wie sich der *sicher gebundene*<sup>481</sup> Säugling ab ca. sechs Monaten nach Winnicott ein Übergangsobjekt sucht, das in einer Notlage die Funktion der fehlenden Bezugsperson erfüllt, so findet der Patient auf der wie oben beschriebenen *verlässlichen Basis* des therapeutischen Settings ein Bildsymbol, das ihm zum Übergangsobjekt wird.<sup>482</sup> Ein solches Übergangsobjekt birgt in seinem durch die Therapeutin nicht aufgedeckten Symbolgehalt für den Patienten alle emotionalen Qualitäten eines Übergangsobjektes.<sup>483</sup> Dieses Übergangsobjekt gewinnt reale Qualität, wird für den Patienten zum *Besänftiger* und macht es ihm möglich, seine Bedürfnisse unbewertet und unmittelbar zu befriedigen.<sup>484</sup>

Mit Hilfe dieses Übergangsobjektes, das dem Patienten Halt und Stütze bietet, stärkt er seine Bewältigungskraft; denn er erfährt seine Urheberschaft und Wirkmächtigkeit bzgl. seines Befindens. Dadurch kann er das Therapieziel erreichen: Die Fähigkeit zu einem ausgewogenen Umgang mit seinen Problemen. Die Therapeutin hat dabei pädagogisch-begleitende und stützende Funktion.

### **Anwendbarkeit der Therapieform bei ADS**

Einschränkend muss festgestellt werden, dass die Therapiemethode noch nie bei diesem Klientel angewandt wurde, weshalb zu Beginn keinerlei probandenspezifische Erfahrungswerte vorlagen, sondern von einer Annahme der Wirksamkeit aufgrund folgender Fakten ausgegangen wurde:

Menschen mit ADS lassen sich leicht von einem Überangebot an Möglichkeiten überwältigen. Daher schien die Reduzierung zu nutzender Medien auf Aquarellmalerei, welche aufgrund ihrer hohen Pigmentierung und Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten stets reizvoll bleibt, in Kombination mit einfühlsamer Lenkung mittels therapeu-

---

<sup>481</sup> Zu Bindungsqualitäten vgl. Bowlby (1969), S. 306.

<sup>482</sup> Zur verlässlichen Basis vgl. Ainsworth et al. (1978), S. 257 ; Bowlby (1995), S. 50.

<sup>483</sup> Beispielsweise können emotionalen Qualitäten eines Viereck sowohl Stabilität/Starre als auch Schutz/Gefangenschaft sein.

<sup>484</sup> Zum Übergangsobjekt als Besänftiger vgl. Winnicott (1983), S. 309.

---

tischen Double-Binds als förderlich. Die äußerliche Begrenzung und Lenkung der Möglichkeiten sollte der Konzentration auf innere Prozesse dienen.

Davon ausgehend, dass ein Kind mit ADS aufgrund seiner Störung nicht genügend in der Lage ist, seine physischen und sozialen Grundbedürfnisse als auch die nach Sicherheit und Wertschätzung zu befriedigen, wurden diesbezügliche Erfahrungen als grundlegend für einen Genesungsprozess erachtet.

Das im therapeutischen Prozess wachsende Bewusstsein von Urheberschaft in Bezug auf die eigene Befindlichkeit und das konstant geförderte Erleben von Wirkmächtigkeit sollten das Selbstvertrauen des Patienten stärken.

Da die Nervenzellverschaltungen bei Kindern mit ihrem Erleben in höherem Maße als bei Erwachsenen gefestigt werden,<sup>485</sup> wird angenommen, dass sich durch das neuartige Erleben von Selbstvertrauen auch bei Kindern mit neurobiologischen Defiziten weitere Verschaltungen bilden.<sup>486</sup>

Es wird davon ausgegangen, dass ein Kind aufgrund solch neuen Erlebens lernt, seine Handlungsweisen besser zu steuern, was einer Symptomreduzierung mit eventuell kurativem Effekt gleich käme.

Im Verlauf der Kunsttherapie nach Limberg bleiben störungsbedingte Probleme zwar präsent, werden aber weder zum Thema der bildnerischen Gestaltung gemacht, noch im Gespräch fokussiert. Die Therapeutin unterstützt den Patienten wie oben beschrieben bei der Veränderung seiner Erlebnisstruktur über den Aufbau einer Coping-Strategie, wodurch eine Verhaltensänderung ermöglicht werden soll. Die Entspannungsverfahren des Shinson Hapkido sollen therapieunterstützend wirken.

---

<sup>485</sup> Vgl. Kap. 2.5.2. **Psychosozial-ätiologische Aspekte.**

<sup>486</sup> Eine womöglich gesteigerte Innervationsdichte nach therapeutischer Intervention zu untersuchen ist gleichwohl nicht das Anliegen dieser Studie, wäre aber evtl. anderenorts von Interesse.

### 4.2.2.2 Bauchatmung nach Ko

Auch die kognitive VT verwendet tiefes Atmen in Kombination mit beruhigenden Vorstellungen zur Stärkung der Bewältigungskraft bei Stress, da diese therapieunterstützend wirken.<sup>487</sup> Durch Bauchatemtechniken „wird der Körper entspannt, die Gedanken und Gefühle kommen zur Ruhe, und der Atem strömt sanft und regelmäßig ein und aus“<sup>488</sup>. „Der Stoffwechsel wird durch eine intensivere Atmung angeregt, die Organe gekräftigt und die Abwehrkräfte gestärkt.“<sup>489</sup> Atmung und körperlich-geistige Konstitution hängen eng zusammen.<sup>490</sup> Mit wachsender Anspannung z.B. verlagert sich die Atmung in den oberen Lungenbereich.

„Wenn unsere Gedanken und Gefühle aus dem Gleichgewicht geraten, wird auch unser Atem gestört. Wenn wir z.B. Angst, Gier, Zorn, Hass oder auch übermäßige Freude empfinden, atmen wir meistens schneller und kürzer als normal. Sind wir hingegen traurig und deprimiert, geht unser Atem zu langsam und zu flach.“<sup>491</sup>

Die während der Intervention verwendeten Atemtechniken entstammen dem von Ko Myong entwickelten Shinson Hapkido<sup>492</sup>, einem Gesundheitstraining, das in koreanischen Bewegungskünsten und Naturheilkunde wurzelt. Die Atemtechniken wurden je nach Konstitution des Patienten in Ruhe oder (äußerst selten) in Bewegung ausgeführt. D.h. wenn ein Patient sehr aufgeregt war, wurde eine nach individuellen Anforderungen ausgewählte Grundtechnik in Bewegung<sup>493</sup> zur motorischen Abfuhr ausgeführt, bis er sich beruhigt hatte, um anschließend mit der Malerei fortzufahren.

Die Ausgangsstellung für alle Techniken in Bewegung ist folgende:

- „Stellen Sie die Füße etwa schulterbreit oder etwas breiter auseinander, möglichst parallel zueinander, die Zehen weisen gerade nach vorne.
- Legen Sie die Handflächen links und rechts auf die Körpersei-

---

<sup>487</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 79.

<sup>488</sup> Ko (1994), S. 230. Vgl. Chapell (1994), S. 805.

<sup>489</sup> Scheich/Oleksiw (1994), S. 381. Vgl. Fried (1987), S. 276; Clark/Hirschman (1990), S. 278; Göhring (2001), S. 132 ff.; Matsumoto/Smith (2001), S. 1555.

<sup>490</sup> Vgl. Chapell (1994), S. 805; Göhring (2001), S. 136; Matsumoto/Smith (2001), S. 1556.

<sup>491</sup> Ko (1994), S. 237. Vgl. Scheich/Oleksiw (1994), S. 381.

<sup>492</sup> Vgl. Ko (1994), S. 225 ff.

<sup>493</sup> Vgl. Ko (1994), S. 247 ff.

ten (...), die Finger samt Daumen sind geschlossen und weisen zum Bauchnabel.

- Halten Sie den Körper gerade wie einen Rettich, der aus der Erde gezogen wird; bleiben Sie dabei jedoch ganz entspannt, vor allem im Schulter-/Nackенbereich, und machen Sie die Brust weit auf, sodass der Atmen ungehindert fließen kann. Verlagern Sie Ihren Schwerpunkt in den Unterbauch.
- Entspannen Sie auch das Gesicht: Lassen Sie den Mund weich geschlossen, legen Sie die Backenzähne locker aufeinander und berühren Sie mit der Zungenspitze leicht den oberen Gaumen, kurz hinter den Schneidezähnen.
- Richten Sie den Blick ruhig auf einen Punkt geradeaus, etwas über Augenhöhe. Lassen Sie Ihre Gedanken jedoch nicht nach außen schweifen, sondern lenken Sie sie sanft nach innen. Atmen Sie ruhig ein und aus.<sup>494</sup>

Bauchatmung in Bewegung war nur in neun von insgesamt 260 Sitzungen notwendig und wurde lediglich von zweien der fünfzehn Patienten in Anspruch genommen. Ein verstärkter Einsatz wurde nicht gefördert, da das Hauptmodul, die Kunsttherapie, Schwerpunkt dieser Intervention bleiben sollte. Die Therapeutin wies die Patienten wann immer sie bei ihnen stockenden, flachen oder kurzen Atem feststellte, auf ‚tiefes Atmen‘, ‚bis in den Bauch‘, ‚wie ein/e SängerIn‘ hin. Die Atemtechniken des Shinson Hapkido (Gibon Danjeon Hohupbop)<sup>495</sup> wurden nicht als solche benannt.

Auch während des Malens achtete die Therapeutin auf eine der Atmung förderliche Körperhaltung<sup>496</sup> und wies die Patienten in den Malpausen ggf. zur Korrektur an. Die Anweisungen und Korrekturen wurden in Abhängigkeit von der Frustrationstoleranz der Patienten gegeben. Vorrangig war der therapeutische Prozess des bildnerischen Schaffens.

Beim Sitzen sollte die Wirbelsäule aufgerichtet sein („als ob der Kopf vom Scheitelmittelpunkt aus an einem Seil zur Decke gezogen würde“). Die Schultern sollten

---

<sup>494</sup> Ko (1994), S. 248.

<sup>495</sup> Vgl. Ko (1994), S. 247 ff.

<sup>496</sup> Vgl. Göhring (2001), S. 68 f.

---

entspannt hängen und die Schulterblätter medial und dann kaudal bewegt und falls möglich so gehalten werden.

Am leichtesten fällt das aufrechte Sitzen erfahrungsgemäß auf einem Stuhl, wenn man weit vorne von der Stuhlfläche sitzt und ein Bein im rechten Winkel aufstellt während das andere unter dem Stuhl, in etwa unter der jeweiligen Gesäßhälfte angestellt wird. Da die Therapeutin so saß, versuchten viele Patienten dies zu imitieren, was wiederum von der Therapeutin unterstützt wurde.

Diese Sitzhaltung sollte auch soweit möglich in den Konzentrationsphasen eingenommen werden.

#### 4.2.2.3 Meditation nach Ko

„Meditation ist ein Sich-Versenken, ein nachdenkliches Eindringen, das durch Schweigen, Entspannung und inneres Lauschen gekennzeichnet ist.“<sup>497</sup>

Nach Peter H. Canter beinhaltet Meditation verschiedene Techniken wie Horchen auf das eigene Atemgeräusch, Repetieren eines Mantras, Loslösen vom kognitiven Prozess, Steuerung der Aufmerksamkeit zur Bewusstseinssteigerung oder zur Erlangung inneren Friedens. Canter unterscheidet hier zwischen kultischer und unkultischer Meditation, wobei ersteres per Definition religiös belegt ist.<sup>498</sup>

Im europäischen Raum impliziert der Begriff Meditation nach Friedhelm Stettner generell einen religiösen Hintergrund oder eine Orientierung an religiösen Systemen.<sup>499</sup> Um diese Assoziation zu vermeiden, wurde statt dessen während der Interaktion die Bezeichnung Konzentration verwendet.

Konzentration im Sinne der in der Studie angewandten Meditationstechnik meint eine autotelische Aktivität ähnlich dem Flow-Erlebnis, die ihre Belohnung in sich selbst trägt und keine extrinsischen i.B. materiellen Belohnungen anstrebt.<sup>500</sup> Tiefe und ruhige Atmung bildet die Basis dieser Technik.<sup>501</sup>

---

<sup>497</sup> Grawe et al. (2001), S. 618.

<sup>498</sup> Vgl. Canter (2003), S. 1.

<sup>499</sup> Vgl. Stettner (1998), S. 209.

<sup>500</sup> Vgl. Macbeth (1991), S. 237.

<sup>501</sup> Vgl. Ko. (1994), S. 230.

---

Es geht dabei um das „Zentrieren der Aufmerksamkeit auf ein begrenztes Reizfeld“<sup>502</sup>, wobei das Reizfeld per se (die Gesamtheit der externen und internen Bedingungen) nicht manipuliert, sondern willentlich fokussiert und fixiert wird. Eine solche bewusste Handlung beinhaltet die Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit zu steuern und ihr Priorität vor anderen Reizen einzuräumen.

„Wenn eine Person solche Fähigkeiten erlernt, wird es für sie viel leichter, das nötige Gleichgewicht zwischen Herausforderung und Können zu erreichen.“<sup>503</sup>

Diese Fähigkeiten sind bei jedem Menschen – auch wenn er an ADS leidet – im Ansatz vorhanden. Jeder Mensch schafft es, sich für den Bruchteil einer Sekunde zu konzentrieren. Die Dauer der Konzentrationsperiode wächst mit dem beständigen Training.

Das Trainieren dieses selektierenden Bewusstseins ist Prozess und Ziel der Konzentrationsübung.

„Durch eine stille innere Achtsamkeit wird der Körper beruhigt und entspannt. Man lernt, die körperlichen Empfindungen (Geräusche, Bilder, Kälte, Hitze, Schmerzen, usw.) fließen zu lassen, d.h. sie weder zu bekämpfen, noch sich von ihnen mitreißen zu lassen, sondern sie ruhig zu betrachten, geduldig zu ertragen und mit der Zeit innerlich unabhängig von ihnen zu werden.“<sup>504</sup>

„Durch eine stille innere Achtsamkeit lernt man, von allen Äußerlichkeiten abzuschalten und alle Vorstellung und Gefühle – Freude oder Trauer, Lust oder Unlust, Zu- oder Abneigung; Angst, Habgier, Eifersucht usw. – einmal loszulassen. So kann man Gelassenheit und Kontrolle über die Gedanken und Gefühle erlangen.“<sup>505</sup>

Mit dem regelmäßigen Üben von Meditation stellen sich tiefe Entspannung und Zufriedenheit in Form von kleinen Erlebnisblitzen ein. Diese sind Motivation, Belohnung und zugleich Ziel der Übung. Die Intensität und Dauer des Erlebens wachsen an-

---

<sup>502</sup> Macbeth (1991), S. 241.

<sup>503</sup> Csikszentmihalyi (1991), S. 45.

<sup>504</sup> Ko (1994), S. 233.

<sup>505</sup> Ko (1994), S. 235.

---

fangs nicht linear, sondern eher wellenartig, was dem Übenden Geduld und Disziplin abverlangt.

Für Menschen mit ADS ist die dafür erforderliche Kontinuität alleine kaum zu bewältigen, weshalb bis zur Einstellung erster bewusster Erfolgserlebnisse führende Ermutigung und Verständnis vonseiten der Therapeutin benötigt werden.

Um Konzentrationsübungen mit Kindern, die unter ADS leiden, durchzuführen, ist es wichtig, diese Übungen selbst zu trainieren.<sup>506</sup> Dies verschafft der Therapeutin nicht nur die nötige Ruhe für die Übungen, sondern ermöglicht es ihr einzuschätzen, welche Erfahrungsbereiche vom Patienten durchlebt werden und welche Gefühle und Erwartungen mit dem jeweiligen Erleben evoziert werden können.

Viele Studien bzgl. der Effektivität von Meditationstechniken untersuchten die medizinische Wirkung von Meditation bei Bluthochdruck, Angst- und Spannungszuständen mit Schlafstörungen und (seltener) bei Asthma, Alkohol- und Drogenabhängigkeit.<sup>507</sup> Die erzielten Ergebnisse bei Asthma, Alkohol- und Drogenabhängigkeit waren nicht immer reliabel, jedoch bei den anderen Störungen „bewirkte Meditation zuverlässig bedeutsame Verbesserungen, sowohl was die jeweilige Symptomatik als auch was das vegetative Erregungsniveau angeht“<sup>508</sup>. Im Zusammenhang mit ADS gilt der signifikant verbesserten Aktivierung und Durchblutung des Mittelhirns<sup>509</sup> besonderes Augenmerk, da das dopaminerge System dort wurzelt.<sup>510</sup>

Die Konzentrationstechnik, die mit den Kindern im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurden, entstammt wie die Atemübungen dem Shinson Hapkido Training und wurde wie diese nur in ihrer elementarsten Form eingesetzt, dem schweigsamen stillen Sitzen.<sup>511</sup>

Die Therapeutin leitete diese einfachste Form der Konzentration an:

Bewegungsloses, aufrechtes, schweigsames Sitzen mit halbgeöffneten Augen und nach unten gerichtetem Blick. Zur Fixierung des Blickes diente ein Punkt.

---

<sup>506</sup> Vgl. Stettner (1998), S. 212 f.

<sup>507</sup> Vgl. Canter (2003), S. 3; Davidson et al. (2003), S. 7 f.; Kabat-Zinn et al. (2003), S. 10.

<sup>508</sup> Grawe et al. (2001), S. 624.

<sup>509</sup> Vgl. Lazar et al (2000), S. 1582 ff.

<sup>510</sup> Vgl. Schulz (2002), S. 1574.

<sup>511</sup> Vgl. Ko (1994), S. 231.

---

## 4.2.3 DIE THERAPIESTUNDE

Für Kinder mit ADS schafft ein strukturierter Ablauf, den sie überblicken und einschätzen können, emotionale Stütze und dadurch Freiraum zur Entfaltung. Rituale bieten ihnen das Gefühl der Kontrolle, wodurch es ihnen möglich wird, sich auf den Prozess einzulassen.

### 4.2.3.1 Sitzungsbeginn - Bildbesprechung

Jede Stunde begann damit, dass die Patienten ihre zu Hause gemalten Bilder zeigten und erzählten, wie es ihnen beim Malen ergangen war, welches Bild zu malen ihnen besondere Freude bereitet hatte und welches ihnen von allen am besten gefiel.

### 4.2.3.2 Konzentrationsphase

Vor Beginn der praktischen Arbeit konzentrierten sich die Kinder auf einen einzelnen gemalten Punkt. Dieser Punkt war mit schwarzer Tusche auf ein weißes Blatt gemalt und hatte einen Durchmesser von ca. 1 cm. Das Blatt mit dem Punkt lag vor dem Patienten auf dem Tisch, sodass er den Blick senken musste, aber den Kopf aufrecht halten konnte (um die Atmung nicht zu beeinträchtigen)<sup>512</sup>. Patient und Therapeutin führten die Übung gemeinsam durch, wobei die Therapeutin den selben Punkt oder einen imaginären auf dem Tisch fixierte (wenn ein Patient die Nähe durch das gleiche Ziel nicht aushielt). Sie zählte die Sekunden nach dem Takt der Wanduhr und notierte die durch die Patienten begrenzte Dauer der Konzentrationsphase.

Die Konzentrationsphase wurde durch das Kind initiiert als auch beendet und die Dauer durch die Therapeutin schriftlich dokumentiert. Die schriftliche Dokumentation provozierte bei manchen Kindern die Frage nach der Konzentrationsdauer der anderen Patienten. Da sie keine Informationen über andere Patienten erhielten, wurde die Frage nach dem ‚Zeit-,Rekord‘ ohne Namensnennung interessant. Der ‚Rekord‘ von acht Minuten Stillsitzen und Punktfixieren war gleich zu Beginn durch den Jungen mit der stärksten hyperaktiven Symptomatik aufgestellt worden. Im Laufe des Schuljah-

---

<sup>512</sup> Vgl. Scheich/Oleksiw (1994), S. 381.

res wurde er drei Mal von einem Jungen mit ähnlich ausgeprägter Hyperaktivität überboten (neun, zehn und elf Minuten).

Um den Patienten, die aus sich heraus den ‚Rekord‘ erfragten oder ihren eigenen Rekord überbieten wollten, den Wettbewerbsmoment nutzbar zu machen, wurde ihnen unterstützend eine Uhr anstelle des Punktes zur Fokussierung des Blickes angeboten.

Die dadurch verlängerte Konzentrationsphase erzielte die erwünschte Wirkung: Je länger die Kinder sich ruhig verhielten und auf einen Punkt oder eine Digitaluhr schauten, desto intensiver setzten sie sich beim Malen mit ihrem Bildthema auseinander.

#### **4.2.3.3 Malspiele und eigenständiges Arbeiten**

Der Ablauf der Stunden wurde im Rhythmus von Entspannung – Spannung – Entspannung<sup>513</sup> gestaltet, um Überforderung oder Langeweile zu vermeiden. Das bedeutete, dass sich, dem therapeutischen Double-Bind folgend, dialogische Malspiele mit eigenständiger Arbeit abwechselten.

Das dialogische Gestalten geschah im Sinne einer Interaktion<sup>514</sup> zwischen Patient und Therapeutin. Die therapeutische Aufgabe lag darin, die bildnerischen Äußerungen des jeweiligen Patienten zu positivieren, d.h. konkret: Struktur ins Chaos, zu bringen und Schutzwälle um Ausuferungen zu legen.

Die Intention der Therapeutin war es, den Kindern Gestaltungs-Möglichkeiten und im übertragenen Sinne Handlungs-Möglichkeiten aufzuzeigen und anzubieten, die sie im geschützten Rahmen des therapeutischen Settings gefahrlos ausprobieren konnten.

Das Angebot lautete: ‚Frag dich immer wieder, ob dir das was du hier tust, gefällt. Du kannst alles so malen wie es dir angenehm ist. Du wirst aber auch die Konsequenzen ertragen müssen.<sup>515</sup> Du kannst herausfinden womit es dir besser geht.‘

---

<sup>513</sup> Vgl. Ko. (1994), S. 347.

<sup>514</sup> Vgl. Hanus (1993), S. 56 ff.

<sup>515</sup> Auch wenn das Zermalnen eines Bildes ihnen kurzfristig kathartische Abhilfe verschaffte, waren sie im Nachhinein oft unzufrieden.

#### 4.2.3.3.1 Schnörkelspiel

Ein Beispiel der Interaktion ist das so bezeichnete *Schnörkelspiel*<sup>516</sup>, das Limberg ihren Patienten zum kennen Lernen der Farben anbietet: Der Patient wählt eine Farbe (die ihm gerade am besten gefällt, später: Die ihm im Moment am angenehmsten ist) und malt eine Schnörkel-Linie aufs Blatt. Die Therapeutin antwortet mit einem Schnörkel, der dort beginnt, wo der des Patienten aufgehört hat. Der Patient wiederum beginnt mit seinem nächsten Schnörkel beim Ende des Schnörkels, den die Therapeutin malte, usw.<sup>517</sup> Der Patient bestimmt das Ende des Spiels.

Nachdem die Kinder das Mischen und Verlaufen von Farben gelernt hatten, achtete die Therapeutin beim dialogischen Gestalten darauf, die Linien, welche die Kinder zogen, nicht zu durchkreuzen und wenig Wasser zu nehmen, um das Ineinanderlaufen der Farben zu vermeiden. Dabei ging es darum, die Grenzen des Anderen zu achten und Klarheit in der Gestaltung zu bewahren.

Das respektvolle Vorgehen reizte manche Kinder erst recht zum Übermalen und Zerstören. Erst die Kontinuität im Verhalten der Therapeutin bewirkte eine langsame Veränderung und Angleichung ihres Malverhaltens. Es dauerte sechs Monate, bis der erste Patient sich (in seiner 12. Sitzung) bemühte, gar keine Linien zu übermalen – ohne dass dies zuvor verbalisiert worden wäre.<sup>518</sup> Der Patient blieb von da ab nicht konstant bei dieser Art der Darstellung, aber er bewahrte eine klare Bildstruktur, auch wenn er Linien durchkreuzte.

Die meisten Patienten wechselten immer wieder von Abgrenzung (und Achtung) einerseits mit klarer Linienführung, teilweise auch ohne zu übermalen, zum Wunsch nach Verschmelzung (mit Übergriffen<sup>519</sup>) andererseits mit wässrigem Malen, oft gefolgt vom Übermalen des gesamten Bildes.<sup>520</sup>

Eigentlich sollte dieses Spiel nur zu Beginn der Therapiephase eingesetzt werden. Es war geplant damit aufzuhören sobald die Kinder den Umgang mit den Farben

---

<sup>516</sup> Von Limberg modifiziert nach Winicott (1973), S. 158.

<sup>517</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 1 SCHNÖRKELSPIEL MIT ÜBERSCHNEIDUNGEN.

<sup>518</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 2 SCHNÖRKELSPIEL OHNE ÜBERSCHNEIDUNGEN.

<sup>519</sup> Mit Übergriffen sind malerische Handlungen gemeint, die darauf abzielten, von der Therapeutin Geschaffenes zu zerstören. Die Kinder testeten zwar auch immer wieder verbal und taktil ihre Grenzen im Umgang mit der Therapeutin, aber sie wurden nie gewalttätig.

<sup>520</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 3 SCHNÖRKELSPIEL MIT ÜBERMALUNGEN.

---

einigermaßen gelernt hätten: Aber das Spiel stellte sich immer öfter als Highlight der Stunde heraus, weil es wegen der geringen Anforderung entlastend für die Kinder war, und es wurde somit als Entspannungshilfe beibehalten.

#### 4.2.3.3.2 Formenspiel

Aus dem Schnörkelspiel wurde das Formenspiel entwickelt, das ähnlich funktionierte: Die Patienten begannen mit einer Form, die Therapeutin malte eine andere, usw. Bei diesem Spiel wurde der Malprozess auf das Umranden und Ausfüllen gelenkt, während die Therapeutin selbst nur die Grundformen wählte.<sup>521</sup>

Wenn ein Kind das Bedürfnis hatte, in die durch die Therapeutin gestalteten Umrandungen etwas hinein zu malen, ließ diese das zu, malte aber nur auf den ausdrücklichen Wunsch der Patienten in deren Formen. Dieses Bedürfnis, in die Form der Therapeutin zu malen oder durch sie ihre Form füllen zu lassen, lies nach wenigen Wochen nach.

Dies könnte zum Einen Imitation der Vorgehensweise der Therapeutin gewesen sein, vermag aber auch darin begründet sein, dass sich bei den Patienten im Zuge der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse ein Wunsch nach Eigenständigkeit herausbildete.

#### 4.2.3.3.3 Phantasielandschaft

Aus dem Formenspiel entstand das Spiel Phantasielandschaft, das wie das Formenspiel im dialogischen Wechsel vonstatten ging, wobei die Kinder die Möglichkeit hatten, Gegenständliches mit Abstraktem zu verbinden.<sup>522</sup> Dieses Spiel hatte wie das Tierspiel, das zeitlich später eingesetzt wurde, die zusätzliche Funktion des Erlernens diverser Maltechniken wie das Gemalte ineinander fließen zu lassen, abgegrenzt zu malen oder Gemaltes wieder weg zu waschen.

---

<sup>521</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 4 FORMENSPIEL.

<sup>522</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 5 PHANTASIELANDSCHAFT.

#### 4.2.3.3.4 Tierspiel

Das Tierspiel<sup>523</sup> wurde entwickelt nachdem sich ein eher darstellerisch orientierter Patient nach dem Anblick einer naturalistischen Tierzeichnung, welche die Therapeutin während einer Fehlstunde eines anderen Patienten angefertigt hatte, auf male- risch-abstrakte Aufgaben bereitwilliger einließ.

Bei jenem Patienten wurde die gegenständliche Darstellung als dialogisches Spiel eingesetzt, indem sich Patient und Therapeutin im Wechsel von dem/der Anderen ein Tier wünschen durften, das Tierspiel.

Anfangs stand zu befürchten, dass dieses Spiel vermehrt gegenständliches Malen bei der Aufgabenbearbeitung evozieren könnte, aber genau das Gegenteil war der Fall. Es stellte sich heraus, dass die Patienten abstrakte Malerei mit der Unfähigkeit zu naturalistisch-gegenständlicher Darstellung gleichsetzten. Mit der offensichtlichen Widerlegung dieser These durch die gestalterische Fähigkeit der Therapeutin und ihrer in dieser Erkenntnis implizierten Überlegenheit fiel es ihnen leichter, sich von ihr führen zu lassen.<sup>524</sup>

#### 4.2.3.4 Aufgabenstellungen

Die Patienten konnten es sich aussuchen, womit sie die Malphase der Stunde be- ginnen wollten – Spiel oder Aufgabe: Malen nach einem vorgegebenen Thema.

Die Bildthemen entwickelten sich nach einer anfänglichen Rücksprache mit der Begründerin der kunsttherapeutischen Methode zu einem angepassten festen Ab- lauf:

Die erste Aufgabenauswahl war für alle Patienten gleich: Viereck oder Gelb. Um eine einheitliche Ausgangsbasis zu schaffen, erhielten alle die einzelnen Arbeitsschritte auf einem Zettel, den sie mit nach Hause nehmen sollten, um die Aufgabe auch dort gemäß der Anweisung ausführen zu können. Die Therapeutin schrieb die Aufgaben- stellung auf, während die Patienten den jeweiligen Schritt malerisch ausführten.

---

<sup>523</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 6 TIERSPIEL.

<sup>524</sup> Vgl. Schleiffer (1998b), S. 136.

#### 4.2.3.4.1 Viereck

Das erste Bildthema, das zur Auswahl stand, war ein Viereck, in das die Kinder etwas hineinmalen durften, das ihnen gefiel. Diese Aufgabe durfte gegenständlich interpretiert werden. Die Patienten sollten dadurch langsam von der altersentsprechend-gegenständlichen Darstellung<sup>525</sup> zur Konkretion und damit zur Ermöglichung des Symbolgehaltes geführt werden.

Die Aufgabe Viereck lautete:

- Welche Farbe?
- Wohin auf dem Blatt?
- Wie groß soll das Viereck werden?
- Möchtest du es ausmalen oder etwas hinein malen?
- Möchtest du etwas drum herum malen? Einen Rand z.B.?
- Welche Farbe soll es haben?
- Wie nah darf es ans Viereck?
- Wie dick soll die Farbe aufgetragen werden?

#### 4.2.3.4.2 Gelb

Gelb war wie folgt aufgebaut:

- Bild mit dem Pinsel nass machen  
(Wo , wie groß soll die nasse Fläche sein? Wie viel Wasser?)
- Gelbe Farbe auswählen
- Gelb auf dem Blatt verteilen  
(Wie dick soll die Farbe aufgetragen werden? Male so lange, so dick und so viel wie du willst)

Außerdem stand auf dem Blatt:

- Male täglich 10 Minuten entweder Aufgabe 1. [Viereck] oder 2. [Gelb] oder beide und bringe die Bilder zur nächsten Stunde mit.
- Bringe auch immer deinen Farbkasten, Pinsel und Block mit zur Stunde.

---

<sup>525</sup> Vgl. Richter (1997), S. 46.

---

Je nach Fähigkeit des Einzelnen, die Aufgaben zu Hause zu üben und sich darauf einzulassen, folgte eine weitere Aufgabe, Zwei Farben.

#### 4.2.3.4.3 Zwei Farben

- Wähle zwei Farben, die du gerne auf ein Blatt bringen möchtest.
- Beide Farben sollen gleich stark sein.

Die anfangs benutzte Formulierung: ‚Bringe die beiden Farben ins Gleichgewicht‘ wurde nur von wenigen Kindern verstanden. Um der Therapeutin Einblick in das Verständnis der Aufgabenstellung und die Möglichkeit der Intervention zu geben, sollten die Patienten die Aufgaben selbst formulieren, bevor sie mit der Bearbeitung begannen.

Ein Patient blieb trotz anders lautender Formulierungsangebote bei: ‚Zwei Farben sind gleich stark.<sup>526</sup> Er entwickelte dieses Bildthema beginnend mit zwei Farben, die sich bekämpften, wobei die eine angriff und eine andere sich rund machte.<sup>527</sup>

In seinem nächste Bildlösungsschritt, zwei Sitzungen und zwei Wochen später, stellte er die beiden Farben mit größtmöglichem Abstand dar, etwa gleich groß auf gleiche Höhe im Bild.<sup>528</sup> Bei Variationen dieser Möglichkeit blieb er während der nächsten neun Sitzungen und elf Wochen.

Dann fand er eine weitere Möglichkeit, indem er beiden Farben klar abgegrenzt voneinander in etwa gleich viel Platz gab und am Schluss Elemente der einen Farbe in das Feld der anderen tupfte und umgekehrt.<sup>529</sup>

Danach war für ihn dieses Thema erledigt. Er hatte seine Lösung gefunden und war nicht mehr bereit, diese Aufgabe weiter zu bearbeiten, auch wenn er sie jedes Mal beim Nennen seiner ‚Hausaufgaben‘ mit aufzählte.

---

<sup>526</sup> Da dieser Patient sich sehr im Konkurrenzdenken verlor, lautete ein Angebot: ‚Zwei Farben sind gleichberechtigt‘, aber er konnte diesen Ausdruck nicht nachvollziehen. Daher beließ ihn die Therapeutin bei seiner eigenen Ausdrucksweise, sodass er im eigenen Tempo zu einem Miteinander statt Gegeneinander der Farben finden konnte.

<sup>527</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 7 ZWEI FARBEN KÄMPFEND.

<sup>528</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 8 ZWEI FARBEN GETRENNT.

<sup>529</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 9 ZWEI FARBEN MITEINANDER.

#### 4.2.3.4.4 Spiegelbild

Eine zusätzliche Aufgabe, Spiegelbild kam nur bei einem Patienten zum Einsatz, bei vielen anderen führte sie zu Überforderung<sup>530</sup> und musste sofort wieder gestrichen werden:

- Zeichne ein rechteckiges Kästchen. Du bestimmst selbst wie groß es sein soll.
- Unterteile es genau in der Mitte in oben und unten.
- Wähle eine Farbe, die dir jetzt am angenehmsten ist und male mit ihr eine Linie unten unter den Trennungsstrich. Du bestimmst wie dicht am Strich sie sein darf, wie dick oder wässrig die Farbe aufgetragen wird und wie breit die Linie sein soll.
- Willst du noch eine Farbe in diesen Teil des Kästchens malen? Dann wähle die Farbe, die dir jetzt am angenehmsten ist (es darf auch die gleiche Farbe wie vorhin sein) und male sie unter die Linie. Gehe so vor wie bei der ersten Linie: Entscheide, wie nah, wie breit und wie dickflüssig die Farbe aufgetragen wird. Usw.
- Wenn in das untere Kästchen keine zusätzliche Farbe mehr hineingemalt werden soll, drehe das Blatt auf den Kopf, sodass oben jetzt unten ist.
- Wiederhole nun exakt deine Arbeitsschritte von vorhin. Benutze die gleichen Farben und ordne sie so an wie du es vorhin getan hast.
- Wenn du das Kästchen genau wie vorher zu Ende gemalt hast, bewerte wie angenehm dir das Gemalte nun ist. Für angenehm machst du ein + und für unangenehm ein -. So viele + wie du machst, so angenehm ist dir deine Malerei gewesen. (Es gab bis zu 50 + für ein Bild. Dabei ging

---

<sup>530</sup> Überforderung äußerte sich meistens darin, dass die Kinder plötzlich etwas vergaßen, womit sie zuvor kein Problem gehabt hatten. Sie vergaßen zu Hause zu malen oder hatten nicht an die spezielle Aufgabe gedacht, vergaßen ihre Malsachen zur Sitzung mitzubringen oder nur den Pinsel, den Block, den Farbkasten oder alle ihre gemalten Bilder. Die Bilder zu ‚vergessen‘ war häufig auch Ausrede, wenn sie nicht gemalt hatten. Oft war die Begründung nicht gemalt zu haben ‚keine Zeit‘, was sich zunächst zwar lustig aus dem Mund eines ca. 10-Jährigen anhört, aber nicht selten der Tatsache entspringt, dass manche Kinder nachmittags bis zu zwei außerschulische Veranstaltungen am gleichen Tag besuchten. Ein Patient reagierte auf Überforderung mit dem Abbruch der Therapie, als er nach fünf 3-Sekunden-Bildern aufgefordert wurde, sorgsamer zu arbeiten („Kein´ Bock mehr!“). Danach war es weder seiner Lehrerin noch mir möglich ihn umzustimmen.

es dem betreffenden Patienten vor allem um den Beweis, genau zu wissen, was angenehm ist).

Manche Kinder nahmen Bleistift und Lineal, um das Format vorzuzeichnen, andere Filzstift, Frei-Hand, und dritte nahmen Aquarellfarbe.<sup>531</sup> Die Entscheidung blieb ihnen selbst überlassen, wobei das Auswahlkriterium angenehm als oberste Prämisse durch die Therapeutin betont wurde.

#### 4.2.3.4.5 Aufgabenstellung beim Abschied

Nach der Follow-up-Testung erhielten alle ehemaligen Patienten ihre Bilder zurück und den Hinweis, dass sie die Aufgabenstellungen weiterhin malen könnten:

- **Gelb:** Wenn du dich entspannen willst
- **Viereck:** Wenn du dir einen Schutzraum malen willst
- **Zwei Farben:** Wenn du das Bedürfnis nach Harmonie hast
- **Spiegelbild:** Wenn du üben willst, dich zu entscheiden

Sie sollten als oberste Prämisse darauf achten, dass ihnen das, was sie malen gefällt, angenehm ist, dass es ihnen gut tut, bzw. dass sie sich fragen, was ihnen jetzt am besten tut. Zu der bewussten Frage, was sie jetzt brauchten war kein Patient während der Therapie gelangt, und die Frage wurde ihnen als mögliches Ziel benannt.

#### 4.2.3.5 Intervention

Nach einigen Wochen – alle Patienten bis auf einen hatten mittlerweile ihre Zettel mit den Arbeitsanweisungen mehrfach verloren – ließ die Therapeutin die Arbeitsschritte vor Malbeginn laut wiederholen oder benannte sie detailliert, wenn ein Patient in der Sitzung die jeweiligen Arbeitsschritte einleitete. Das tat sie immer dann, wenn sie den Eindruck hatte, eine Aufgabe wäre missverstanden oder perseverierend uminterpretiert worden. In den Fällen von Perseveration dauerte es mehrere Sitzungen, bis sich die Kinder tatsächlich auf ein anderes Angebot einließen.

---

<sup>531</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 10 SPIEGELBILD.

---

Einem Patienten z.B., der sehr ehrgeizig war und höchste Leistungsansprüche an sich hatte, versuchte die Therapeutin sechs Monate lang nahe zu legen, dass er seine Bilder auch einfacher gestalten könne.

Er hatte sich angewöhnt, alle Aufgaben in ein Bild und auf ein Blatt zu integrieren: Gelb, Viereck, Zwei Farben (hier durch Zwei Formen dargestellt), Spiegelbild.<sup>532</sup> Dadurch fiel es ihm immer schwerer, einzelne Aufgaben für sich zu bewerten, und das Malen erschöpfte ihn enorm.

Er war derjenige gewesen, den es am intensivsten nach neuen Aufgaben dürstete, und die Therapeutin hatte den Fehler gemacht, seinem Wunsch nachzukommen und ihm schon nach neun Sitzungen die vierte Aufgabe zur Auswahl anzubieten. Danach hatte er mit jener komplexen Bildlösung begonnen.

Nachdem er angefangen hatte, alle Aufgaben in ein Bild zu malen, dauerte es elf Sitzungen, bis er bereit wurde, nur eine Aufgabe auf einmal zu bearbeiten.<sup>533</sup>

Als er sich weiter auf die Reduzierung einlassen konnte und AQUARELL 13<sup>534</sup> innerhalb der Sitzung malte, wurde er sehr entspannt und zufrieden. Nur leider war es die vorletzte Sitzung, sodass keine Gelegenheit mehr blieb, das Vorgehen einzuüben, um das Gefühl der Zufriedenheit abrufbar zu machen. In der letzten Stunde, eine Woche später und seine 22. Sitzung insgesamt, malte er AQUARELL 14<sup>535</sup>. Dessen Farbgebung wählte er zum ersten Mal: Ein zartes, helles Gelb, geschützt von einem kräftigen Goldgelb.

Die Symbolik der Farb- und Formwahl bei AQUARELL 14, deutet darauf hin, dass er anfang, sich selbst weniger aggressiv und achtsamer als etwas Schützenswertes wahrzunehmen.

---

<sup>532</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 11 ALLE AUFGABEN IN EINEM BILD.

<sup>533</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 12 ZWEI AUFGABEN IN EINEM.

<sup>534</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 13 VIERECK MIT ZENTRUM.

<sup>535</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 14 GERAHMTES VIERECK.

### 4.2.3.6 Bewegung

Die Therapeutin achtete außerdem während des Malens auf die Körperhaltung und Atmung der Patienten und korrigierte in den Malpausen Fehlhaltungen und flaches Atmen mit entsprechenden Übungen.

Wenn Kinder zu unruhig, müde oder abgelenkt waren, um weiter zu arbeiten, wurden sie aufgefordert, sich gemeinsam mit der Therapeutin zu bewegen. Als Bewegungselemente dienten Techniken aus dem Shinson Hapkido<sup>536</sup> Training, passend zu den jeweiligen Bedürfnissen: Aktionen zur Stärkung, Entspannung oder zum Auspowern. Diese Abwechslung von Ruhe und Bewegung vergrößerte wahrnehmbar die Konzentrationsfähigkeit der Kinder.<sup>537</sup>

## 4.3 EVALUATION

„In einer [isolierten oder] nicht-vergleichenden Evaluation dreht es sich um die grundsätzliche Frage, ob einer interessierende Therapieform überhaupt wirksam in dem Sinne ist, dass sie ihre genuinen Therapieziele (...) erreicht.“<sup>538</sup>

Die nachfolgend dargestellte isolierte Evaluation orientierte sich an den Leitlinien der Psychotherapieforschung als Maßstab wissenschaftlicher Fundierung,<sup>539</sup> wobei nach Klingberg bei einer Diskussion wissenschaftlicher Maßstäbe grundsätzlich zwischen wissenschaftlicher Fundierung und wissenschaftlicher Anerkennung von Psychotherapie zu unterscheiden ist. Hier gilt Erstere zwar als notwendige Bedingung der Letzteren, jedoch ist Letztere nicht zwingende Folge der Ersten.

### 4.3.1 WISSENSCHAFTLICHE FUNDIERUNG NACH KLINGBERG

Wissenschaftliche Fundierung basiert nach Klingberg auf geeigneten Therapiezielen, geeigneten Messverfahren, Therapierationalen, der Deskription des Therapieprozes-

---

<sup>536</sup> Vgl. Ko (1994), S. 261 ff.

<sup>537</sup> Vgl. Weber (1998), S. 32.

<sup>538</sup> Hager et al. (1999), S. 235.

<sup>539</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 20 ff.

ses, dem Zusammenhang von Prozess und Outcome und ebenfalls auf der Wirksamkeit, die multimodal zu betrachten sei:

„Es ist nicht ausreichend, z.B. nur den Wegfall eines Symptoms zu erheben. Durch den Wegfall eines Symptoms kann auf anderen Ebenen, wie z.B. Lebensqualität, eine Verschlechterung eintreten. Deshalb sollte die Wirksamkeit einer Psychotherapie grundsätzlich von verschiedenen Datenquellen (Patienten, Therapeuten, Angehörige, Messapparate) sowie auf verschiedenen Datenebenen überprüft werden.“<sup>540</sup>

#### 4.3.1.1 Therapieziele und geeignete Messverfahren

Therapieziele können sich grundsätzlich von der Erlangung von Coping-Strategien über Verhaltensänderungen oder Symptomreduktion bis zu einer Veränderung der Persönlichkeitsstruktur erstrecken.<sup>541</sup>

Das Therapieziel Stärkung der Bewältigungskraft<sup>542</sup> ist als solches nicht mit objektiven Messverfahren zu überprüfen. Dahingegen lassen sich Veränderungen des Verhaltens beispielsweise aufgrund von Fragebögen oder auch Verhaltensbeobachtung bemessen, wobei Veränderungen des Selbstempfindens z.B. anhand von Persönlichkeitstests und Interviews verdeutlicht werden können.

Um möglichst viele Elemente der Veränderung erfassen zu können, wurden zu den Fremdbeurteilungsbogen, welche von den Lehrerinnen ausgefüllt wurden, und den Persönlichkeitstests, welche die Kinder selbst ausfüllten,<sup>543</sup> die im Verlauf der Intervention entstandenen Bildreihen analysiert und die Lehrerinnen in Einzelgesprächen befragt.

Die Befragung der Lehrerinnen fand während der Interventionsphase in den Schulpausen und bei außerschulischen Treffen statt, die Bildreihen entstanden während der Sitzungen und zu Hause, und die psychometrischen Tests wurden drei Mal durch die Therapeutin durchgeführt wurde: Erstmals eine Woche vor Beginn der Therapie

---

<sup>540</sup> Buchkremer/Klingberg (2001), S. 22.

<sup>541</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 21.

<sup>542</sup> Vgl. Kap. 4.2.1 Therapieziel.

<sup>543</sup> Vgl. Kap. 4.3.2 Eingesetzte psychometrische Testverfahren.

(prä), ein zweites Mal bei Beendigung der wöchentlichen Sitzungen (post) und zum dritten Mal ein halbes Jahr nach Beendigung der therapeutischen Intervention (follow-up).

Die im therapeutischen Prozess entstandenen Bilder verblieben bis zur Follow-Up-Testung, bei der Therapeutin. Diese analysierte die Bildreihen auf eventuelle Gemeinsamkeiten der Verläufe und kopierte als exemplarisch geltende Werke für die Veranschaulichung der bildnerischen Prozesse. Die Patienten erhielten die Bilder gesammelt und gebunden nach der Follow-Up-Testung zurück.

#### 4.3.1.2 Therapierationale

Die Methode Limberg verwendet wie nachfolgend beschrieben einen tiefenpsychologischen Ansatz zur Darstellung der Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung.<sup>544</sup> Der Zugang im Gespräch ist an den humanistischen Ansatz Carl R. Rogers<sup>545</sup> angelehnt. Demnach wird die Abwehr<sup>546</sup> des Patienten als Selbstschutz geachtet. Folglich werden Widerstände nicht gebrochen sondern zu vermeiden versucht, indem die Therapeutin im Setting ein Klima von Empathie und unbedingter Wertschätzung erzeugt und dem Patienten die Fähigkeit zur Selbstheilung zuspricht.<sup>547</sup>

Auf diesem Fundament ist ein eigenständiger kunsttherapeutischer Ansatz aufgebaut, der sich bildnerischer Optionen bedient, um den Patienten heilpädagogisch-stützend an die Stärkung seiner Bewältigungskraft heranzuführen.

---

<sup>544</sup> Vgl. Kap. 4.2.2 Therapiemodule.

<sup>545</sup> Vgl. Rogers (1993); Heigl-Evers (1993), S. 302 ff.

<sup>546</sup> Formen der Abwehr bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen: Expression, Aggression, Transgression, Regression, Restriktion, Derealisation, Rationalisierung, Lüge, Identifikation, Projektion, Übertragung, Depersonalisation, Betäubung, Gleichgültigkeit, Verdrängung, Kompensation (Genuss, Phantasie), hysterische Fehlhaltung, Neurose (phobische, anankastische, depressive oder süchtige Fehlhaltung), Psychose, Selbstmord. Vgl. Bärsch (1999), S. 205 ff.

<sup>547</sup> Allerdings verdeckt die Therapeutin ihre eigene Perspektive nicht, sondern lässt diese in Form von alternativen Handlungsangeboten mittels therapeutischem Double-Bind einfließen – im Gegensatz zu Rogers therapeutischer Hypothese (Rogers (1993), S.36 ff.), wonach die Therapeutin dem Klienten bedingungslose Entscheidungsfreiheit lässt und lediglich die Aussagen des Patienten spiegelt. Ein Double-Bind Angebot beinhaltet keine Wertung, sondern führt Handlungsmöglichkeiten zur Lenkung des Patienten auf.

### 4.3.1.3 Deskription des Therapieprozesses

Der Therapieprozess wird anhand einer Einzelfalldarstellung mit Schwerpunkt auf die bildnerischen Prozesse und durch die Darstellung genereller Tendenzen beschrieben.<sup>548</sup>

### 4.3.1.4 Zusammenhang von Prozess und Outcome

Die unterschiedlichen Variablen, die überdies in den Therapieprozess einfließen, werden weitgehend durch den Vergleich mit den durch Wartelisten definierten Kontrollgruppen relativiert, welche ähnlichen Bedingungen außerhalb der Sitzungen ausgesetzt waren.<sup>549</sup> Zudem wurde die Therapie nicht nur bei Schülern einer einzigen, sondern an zwei in unterschiedlichen Stadtteilen gelegenen Sonderschulen für Erziehungshilfe durchgeführt. In beiden Schulen gab es eine der Therapiegruppe entsprechende Kontrollgruppe von nicht therapierten Schülern, die mit den gleichen diagnostischen Verfahren im selben Zeitintervall getestet wurden.

Prozess und Outcome einer Intervention sind aber nicht nur methodisch beeinflusst, sondern werden wesentlich davon gelenkt,

- ob Therapeutin und Patient zu einander passen,
- ob der Patient kooperiert oder verweigert,
- von der Therapeuten-Patienten-Beziehung,
- der Einstellung, mit welcher der Patient die Therapie durchführt,
- der Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit und der entsprechenden Therapeutenfähigkeit zur Lenkung,
- der Affirmation des Patienten durch die Therapeutin,
- der Offenheit versus Defensive des Patienten,
- der Wahrnehmungsfähigkeit der Therapeutin und
- der Dauer der Behandlung<sup>550</sup>

---

<sup>548</sup> Vgl. Kap. 5.1 Exemplarische Einzelfalldarstellung und Verlaufphasen.

<sup>549</sup> Zu Bedingungsähnlichkeit vgl. Hager et al. (1999), S. 235.

<sup>550</sup> Vgl. Orlinky et al. (1994), S. 353 ff.

### 4.3.1.5 Richtlinien zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie

Um die Wirksamkeit der Intervention nach Klingberg multimodal zu untersuchen, werden sowohl die Bewertung der Lehrerinnen als auch die der Kinder mittels beschreibender und evaluierender Testverfahren und in Form von Einzelfallbeschreibungen objektiviert dargestellt.<sup>551</sup>

Die Prä-, Post- und Follow-up-Untersuchungen schließen wie gesagt die Kontrollgruppen mit ein und sollen in der Ergebnis-Analyse Aufschluss über zu verzeichnende Tendenzen geben.

Um wissenschaftlich als effektiv anerkannt zu werden, muss eine Psychotherapie nach Klingberg vier Phasen der Überprüfung durchlaufen.<sup>552</sup>

Phase I besteht aus Konzeptentwicklung und Explizierung der theoretischen Annahmen. Das Konzept wurde von Limberg erstmals 1993 als Kasuistik veröffentlicht. Im 1998 erschienenen Manual stellt Limberg die in Phase II geforderten Einzelfallstudien vor.<sup>553</sup>

Für Phase III verlangt Klingberg kontrollierte experimentelle oder randomisierte Studien, während die in Phase IV geforderten Anwendungsstudien unter Routinebedingungen stattfinden und Anwendungsbeobachtungen unter zunehmend naturalistischen Bedingungen beinhalten sollen. Die vorliegende Studie untersucht eine randomisierte Patientengruppe von 29 ca. 10jährigen Kindern, wovon jedes Symptome des ADS und SSV aufwies und jeweils eine von zwei Kölner Sonderschulen für Erziehungshilfe besuchte. Die Intervention fand unter den Routinebedingungen des Schulalltags beider Sonderschulen für Erziehungshilfe statt und war entsprechenden Widrigkeiten und Störfaktoren unterworfen.

Nach Berücksichtigung aller relevanten Faktoren soll hier folglich keine allgemeingültige Aussage bzgl. der Wirksamkeit von Kunsttherapie nach Limberg als Psychotherapie angestrebt werden, sondern das Ergebnis dieser Studie wird sich auf die wis-

---

<sup>551</sup> Vgl. Kap. 5 Ergebnisse.

<sup>552</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 28.

<sup>553</sup> Vgl. Limberg (1998), S. 129 ff..

---

senschaftliche Evaluierung der Methode mit unterstützenden Maßnahmen beim ausgewählten Klientel beziehen.

### 4.3.2 EINGESETZTE PSYCHOMETRISCHE TESTVERFAHREN

Die Messverfahren sollen nach Klingberg bzgl. der zu behandelnden Störung ausgelegt sein.<sup>554</sup>

Die Fremdbeurteilungsbogen (FBB) zum Hyperkinetischen Syndrom (FBB-HKS) und zur Störung des Sozialverhaltens (FBB-SSV) sollten von den Lehrerinnen beantwortet werden, weil sich die Beurteilung der Lehrerinnen in vorangegangenen Studien als zutreffender erwiesen hatte als das Elternurteil.<sup>555</sup> In Kombination mit den entsprechenden Diagnosechecklisten (DCL-HKS und DCL-SSV)<sup>556</sup> sind die FBB sehr gut diagnostisch verwertbar. Obwohl die Diagnose nicht gestellt werden musste, da sie aus der als Screening-Instrument eingesetzten schulärztlichen Untersuchung stammte, wurden die FBB des Diagnostik-System für psychische Störungen für Kinder und Jugendliche (DISYPS-KJ)<sup>557</sup> zur Überprüfung verwendet, weil sie sich wortgetreu am ICD-10 und DSM-IV orientieren. Dadurch sollte untersucht werden, wie sich diagnoserelevante Kriterien während der Therapie und in den sechs Monaten nach der Intervention verändert hatten.

Der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9-14 Jahren (PFK 9-14), der von den Kindern selbst auszufüllen war, schien besonders geeignet, da er zwischen Motiven, Verhaltensstilen und Selbstbild unterscheidet und eine Persönlichkeitsstruktur skizziert ohne für die Untersuchung weniger relevante, doch intime und für die Patienten unangenehme Bereiche zu befragen. Die subjektive Validität des Tests bezeugte die Konrektorin einer der Sonderschulen, da sie selbst schon den PFK-9-14 zur Überprüfung ihrer persönlichen Einschätzung eines Schülers eingesetzt hatte und von der Übereinstimmung auch mit objektiven Fakten positiv überrascht war.

---

<sup>554</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 21 f.

<sup>555</sup> Vgl. Teicher et al. (1996), S. 341.

<sup>556</sup> Vgl. Döpfner/Lehmkuhl (1998), S. 20 f.

<sup>557</sup> Vgl. Döpfner/Lehmkuhl (1998).

### 4.3.2.1 FBB-HKS

Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)<sup>558</sup> erfasst in 20 Items die 18 Symptomkriterien für HKS bzw. ADS nach ICD-10 und DSM-IV. Zwei Kriterien, die sich in ICD-10 und DSM-IV unterscheiden, sind in jeweils zwei Items aufgeschlüsselt. Alle Items sind nach drei Symptomgruppen geordnet:

- Aufmerksamkeitsstörungen (9 Items)
- Überaktivität (7 Items)
- Impulsivität (4 Items)<sup>559</sup>

Die Einschätzungen durch die Lehrerinnen bewegen sich auf einer Skala von Null bis Drei mit den Bewertungs-Entsprechungen:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders

Auf der Rückseite des Fragebogens werden die Kriterien für die Klinische Bedeutsamkeit der Störung nach ICD-10 und DSM-IV erfasst:

„G4: Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.

G5: Symptomausprägung: Die Kriterien sollten in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik.(...)

G6: Die Symptome (...) verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.“<sup>560</sup>

Mit Hilfe der Diagnosechecklisten (DCL-HKS) können Kennwerte für die Ausprägung der drei Symptomgruppen ermittelt werden, an die wiederum die Entscheidungsbäume<sup>561</sup> für die Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV angefügt werden können.

<sup>558</sup> Vgl. **Anhang, Abb. 16:** Vorderseite des FBB-HKS.

<sup>559</sup> Vgl. Döpfner/Lehmkuhl (1998), S. 27.

<sup>560</sup> WHO (1991), S. 287.

<sup>561</sup> Vgl. Döpfner/Lehmkuhl (1998), S. 27.

---

Die DCL-HKS enthalten außerdem Checklisten zur Differentialdiagnose<sup>562</sup> wie *Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypen* (ICD-10: F84.4) und weisen auf Ausschlusskriterien hin.

#### 4.3.2.2 FBB-SSV

Der Fremdbeurteilungsbogen für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV)<sup>563</sup> erfasst in

„25 Items die 23 Symptomkriterien für die Diagnose der *Störungen des Sozialverhaltens* (F91) nach ICD-10 bzw. der *Störung des Sozialverhaltens* und der *Störung mit oppositionellem Trotzverhalten* nach DSM-IV. Das Kriterium A1, das sich im ICD-10 und DSM-IV inhaltlich unterscheidet, wird in zwei Items gefasst (Item 1 und Item 2), und auch das Kriterium B2 wird aus dem gleichen Grund durch zwei Items erfasst (Item 10 und 11).“<sup>564</sup>

Entsprechend der Vorgaben der beiden Diagnosesysteme sind die Symptomkriterien in zwei Symptomgruppen zusammengefasst:

- Oppositionell-aggressives Verhalten (9 Items)
- Dissozial-aggressives Verhalten (16 Items)

Die Lehrerinnen bewerten die Items zu oppositionell-aggressivem und dissozial-aggressivem Verhalten nach den gleichen Maßstäben wie beim FBB-HKS. Hinzu kommt die Aussage stimmt/stimmt nicht für die Beurteilung der beeinträchtigenden Wirkung der Verhaltensprobleme auf soziale und schulische Bereiche, sowie die Einschätzung ob der Schüler Freundschaften pflegt.

Auch für den FBB-SSV können mit Hilfe der Diagnosechecklisten (DCL-SSV)<sup>565</sup> Kennwerte für die Ausprägung der zwei Symptomgruppen ermittelt werden, an die wiederum die Entscheidungsbäume für die Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV angefügt werden können.

---

<sup>562</sup> Vgl. Kap. 2.7 **Differentialdiagnose**.

<sup>563</sup> Vgl. **Anhang, Abb. 17**: Vorderseite des FBB-SSV.

<sup>564</sup> Döpfner/Lehmkuhl (1998), S. 27.

<sup>565</sup> Vgl. Döpfner/Lehmkuhl (1998), S. 20 f.

---

Die DCL-SSV enthalten überdies Checklisten zu Kombinationsdiagnosen wie Anpassungsstörung mit Störungen des Sozialverhaltens (F43.24) oder Anpassungsstörung mit emotionalen Störungen des Sozialverhaltens. Die Diagnose-Checklisten beinhalten desgleichen Hinweise auf die Ausschlusskriterien nach ICD-10 (Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Schizophrenie (F20) Manische Episode (F30) und Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)) und DSM-IV (Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Psychotische oder Affektive Störung), für die wiederum Checklisten zur Differentialdiagnose beigefügt sind.

#### **4.3.2.3 PFK 9-14**

Da das Ziel der Intervention eine Änderung der Persönlichkeitsstruktur ist, eignet sich zur Objektivierung einer solchen Indikation nur ein Test, der möglichst viele Aspekte von Persönlichkeit untersucht. Der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9-14 Jahren (PFK 9-14) macht Aussagen über Verhaltensstile (VS), Motive (Mo) und das Selbstbild (SB) der Probanden:

- „VS1: Emotionale Erregbarkeit
- VS2: Fehlende Willenskontrolle
- VS3: Extravertierte Aktivität
- VS4: Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt
- Mo1: Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung, Aggression und Opposition
- Mo2: Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit
- Mo3: Schulischer Ehrgeiz (Wertschätzung für und Bemühung um Erfolg und Anerkennung in der Schule)
- Mo4: Bereitschaft zu sozialem Engagement
- Mo5: Neigung zu Gehorsam und Abhängigkeit gegenüber Erwachsenen
- Mo6: Maskulinität der Einstellung
- SB1: Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst
- SB2: Selbstüberzeugung (hinsichtlich Erfolg und Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen, Planungen und Vorhaben)

- SB3: Selbsterleben von Impulsivität
- SB4: Egozentrische Selbstgefälligkeit (Selbstaufwertung, Selbstüberschätzung, Selbstbeschönigung)
- SB5: Selbsterleben von Unterlegenheit gegenüber anderen<sup>566</sup>

Die Kinder kreuzten auf drei mehrseitigen Fragebögen Aussagen zu den jeweiligen Bereichen an.

Laut Testanleitung sollen die Kinder die Aussagen selbst lesen. Aufgrund der mehr oder weniger stark ausgeprägten Lese-Rechtschreib-Schwäche, die schon beim Ausfüllen der ersten Seite mit den Angaben zur Person offenkundig wurde, las die Therapeutin bei der Prä-Testung allen Kindern die Aussagen vor, auch denjenigen, bei denen zu vermuten war, dass sie die Bearbeitung alleine durchführen konnten.

Bei der Post-Testung, neun Monate später, motivierte die Therapeutin die Patienten, die Aufgaben selbst zu lesen und las dann weiter vor, wenn sie erschöpft waren.

Der an exemplarisch vorgestellte Test<sup>567</sup> von Jakob<sup>568</sup> zeigt deutlich Ausprägungen mit hohen Werten bei VS1, VS4, SB3 und SB4.

Auf dem Hintergrund, dass die einzelnen Testdimensionen mit anderen Tests auf ihre Aussagekraft hin überprüft wurden, machten Seitz und Rausche zur Interpretation der hier herausgestellten Dimensionen folgende Aussagen:

„VS1 = Emotionale Erregbarkeit

Probanden mit einem Hohen Testwert für VS1 haben folgende Charakteristika:

- Sie sind irritierbar, leicht zu verwirren durch belastende Bedingungen und durch emotionalen Stress, durch Widerstände leicht zu frustrieren,
- Sie haben eine dranghafte innere Unruhe und sind ungeduldig,
- Sei zeigen Unruhe und Nervosität vor Klassenarbeiten

(...) [Folgende Außenkriterien und weitere Symptome werden mit Bezug auf andere Studien mit VS1 in Verbindung gebracht:]

---

<sup>566</sup> Seitz (1992), S. 22 f.

<sup>567</sup> Vgl. **Anhang, Abb. 18**: Antwortseite 1 von 4 zu Motive.

<sup>568</sup> Alle veröffentlichten Namen wurden geändert.

- Delinquenzanfälligkeit (...)
- Motorische Auffälligkeiten (...)
- Leistungsschwierigkeiten, die eine intensive kognitive Auseinandersetzung und eine hohe Präzision der kognitiven Differenzierung erfordern (...)
- Geringer Schulerfolg (...)
- Antriebsstarkes und dranghaftes Verhalten beim Handballspiel (...)
- Höhere Ausprägung bei Schülern der ehemaligen DDR<sup>569</sup> (...)

VS4 = Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt

Die wesentlichen Kennzeichen für einen Probanden mit einem hohen Testwert für VS4 sind:

- Zurückhaltung vor sozialen Kontakten (z.B. wenig Freundschaften), Meidung von sozialer Konfrontation (z.B. Streit),
- Es fällt ihm schwer, auf andere Leute zuzugehen (z.B. nach etwas zu fragen, um einen Gefallen zu bitten),
- Er fühlt sich in Gegenwart anderer gehemmt und befangen,
- Er ist still und zaghaft

[Folgende Außenkriterien und weitere Symptome werden mit Bezug auf andere Studien mit VS4 in Verbindung gebracht:]

- (Geringe) Intelligenzleistungen und (geringer) Schulerfolg (...)
- (Geringe) Sprachliche Test- und sprachliche Schul-Leistungen (...)
- Besonderheiten des Aufsatzstils (... eher einfach strukturierte, weniger verschachtelte Satzfolgen und insgesamt einen eher statischen Aufsatzstil etc.)
- Geringe Bewegungsflüssigkeit und (geringe) sportliche Aktivität (...)
- Selbstbeurteilung als „ängstlich“ und „passiv-gehemmt“ (...)

---

<sup>569</sup> „Das Ergebnis deckt sich mit denen für die anderen Subskalen des Faktors II. Ordnung „Emotionalität“ (nämlich für SB1, SB3, SB5) und lässt erwarten, dass die Entwicklung von „Emotionalität (Angst)“ durch die gesellschaftlichen Verhältnisse der ehemaligen DDR eher gefördert wurde, als durch die gesellschaftlichen Verhältnisse in der BRD.“ Seitz (1992), S. 53.

- Überkontrollierte Gehemmtheit bei kinderpsychiatrischen Patienten (...)
- Höhere Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt bei Jungen (...)

SB3 = Selbsterleben von Impulsivität

Probanden mit einem hohen Wert für SB3 schreiben sich folgende Eigenarten zu

- Sie haben einen hohen Bewegungsantrieb (z.B. haben gerne etwas in der Hand, womit sie spielen können),
- Sie verhalten sich eher nachlässig (z.B. verlieren oft ihre Spielsachen), weniger ordentlich (z.B. sie werden oft ermahnt, ordentlicher zu sein) und haben ihre Sachen weniger geordnet (z.B. dauert es lange, bis die in ihrer Schultasche etwas finden)
- Es fällt ihnen schwer, Geduld aufzubringen und Vorteile anderer zu ertragen
- Sie haben bei der Lösung von Aufgaben weniger Ausdauer, müssen sich häufig erholen, lassen sich von anderen helfen und geben schnell auf (...)

(...) Für Impulsivität wurden folgende Beziehungen zu weiteren Eigenarten des Kindes und zu seinen Sozialisations-Bedingungen festgestellt (...)

- Geringer Schulerfolg und geringe Intelligenztest-Leistungen (...)
- Geringe Lese- und Rechtschreibleistungen (...)
- Besonderheiten des Aufsatzstils (...) („emotionaler“ Aufsatzstil, bei dem zum einen sehr viele Gefühlsausdrücke verwendet werden, zum anderen eher Sätze mit einfachen als solche mit einem differenzierten satzinternen Aufbau (...))
- Dynamisches Bewegungsverhalten
- Höhere Ausprägung bei nicht-aggressiven Sportarten
- Höhere Ausprägung bei selbstberichteter Delinquenz
- Fehlende Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung
- Höhere Ausprägung bei Jungen als bei Mädchen

---

SB4 = Egozentrische Selbstgefälligkeit (Selbstaufwertung, Selbstüberschätzung, Selbstbeschönigung)

Kinder und Jugendliche mit hohen Werten für SB4 zeigen folgende Charakteristika:

- Sie möchten beachtet werden und fordern durch ihr Verhalten Beachtung heraus.
- Sie sind der Meinung, mehr zu sein, mehr zu besitzen und mehr erlebt zu haben als die anderen.
- Sie haben von sich eine bessere Meinung als von den anderen (z.B. bezeichnen sie vieles, was die LehrerInnen in der Schule sagen als falsch, sie sagen, viele Leute, die sie kennen, seien ziemlich dumm).
- Sie demonstrieren gerne ihre Stärke(...)

(...) Empirische Befunde über Beziehungen von egozentrischer Selbstgefälligkeit zu weiteren Person-Variablen des Kindes und zu Bedingungen der Sozialisation sind im Allgemeinen bisher nicht bekannt. Auch für die Skala SB4 im Besonderen liegen nur wenige Ergebnisse vor. Es sind dies folgende(...)

- Extreme (hohe oder niedrige) Ausprägung bei Schülern mit schlechten Schulzensuren
- Beziehungen zu sprachlichen Testleistungen und zum Aufsatzstil (...) Fähigkeit, widersinnige syntagmatische Kombinationen von Wörtern zu erkennen. (...) [Sie verwenden] eher einen differenzierten, flexiblen und dynamischen Aufsatzstil und verwenden im Aufsatz eher aktionale Aussagen (Verben), weniger beschreibende Adjektive (...)
- Egozentrisches Verhalten bei Ballspiel-Sportarten
- Höhere Ausprägung bei Schülern aus der ehemaligen DDR
- Höhere Ausprägung bei Jungen (...)“<sup>570</sup>

---

<sup>570</sup> Seitz (1992), S. 50 ff.

---

Die relativ geringen Werte bei MO4 = Bereitschaft zu sozialem Engagement lassen folgende Rückschlüsse zu der Interpretation der Positivwerte zu:

Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Wert für Mo4 weisen folgende Kennzeichen auf:

- Sie zeigen wenig emotionale Anteilnahme am Erleben anderer
- Sie sind wenig hilfsbereit und eher rücksichtslos
- Sie haben wenig Spaß daran mit anderen zusammenzuarbeiten

Folgende Beziehungen zu Außenkriterien können gelten:

- Geringe Schulzensuren und Intelligenztest-Leistungen
- Keine Empfehlung für eine höhere Schule
- Geringe Qualität sprachlicher Leistungen und eher unproduktiver Aufsatzstil
- Kein Pflichteifer und kaum soziale Erwünschtheit
- Geringere Ausprägung bei Individualsportarten als bei Mannschaftssportarten
- Geringere Ausprägung bei nicht-aggressiven Sportarten
- Hohe Delinquenzanfälligkeit
- Höhere Ausprägung bei Jungen als bei Mädchen<sup>571</sup>

Bei Jakob mit der schulärztlichen Diagnose *Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (ICD-10: F90.1) beschrieben die aufgeführten Verhaltensmerkmale ziemlich exakt seine Störung.

Die Dimensionen VS1, VS2, SB3, SB4 und MO4 sollen daher bei der Testauswertung exemplarisch herausgegriffen werden, um etwaige Veränderungen dieser Verhaltensdispositionen zu untersuchen.

---

<sup>571</sup> Vgl. Seitz (1992), S. 77 ff.

---

## 5 ERGEBNISSE

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der therapeutischen Intervention wird zunächst ein exemplarischer Einzelfall dargestellt, anhand dessen der typische Therapieverlauf expliziert wird. Anschließend werden die Fremdbeurteilungsbogen und Tests ausgewertet, um mittels messbarer Ergebnisse zu einer Aussage über die Effektivität der angewandten Therapieform zu kommen.

### 5.1 EXEMPLARISCHE EINZELFALLDARSTELLUNG UND VERLAUFSPHASEN

Aufgrund der ADS-typischen Heterogenität sowohl der Therapie- als auch der Kontrollgruppe war es zunächst schwierig, einen Therapie-Verlauf herauszugreifen, der als exemplarisch gelten könnte. Dazu mussten vorab Verhaltensweisen und Entwicklungsrichtungen festgestellt werden, die für alle Patienten gleichermaßen galten.

Als auffälligste allgemeingültige Disposition ist das oppositionelle Trotzverhalten zu benennen. Zwar waren alle bis auf zwei Patienten, die von ihrer Mutter zur Therapie geschickt worden waren, bemüht mitzuarbeiten, weil sie unbedingt weiter an der Therapie teilnehmen wollten, aber sie suchten sich Wege, die tatsächliche Mitarbeit – die Auseinandersetzung mit ihren Bedürfnissen – zu umgehen oder zumindest aufzuschieben.

Die häufigste Abwehr der Bestimmung eigener Präferenzen lag im gegenständlichen Arbeiten. Der darin hartnäckigste Patient griff noch bis zur sechzehnten Sitzung auf diese Möglichkeit zurück.

Es war oftmals schwierig, zwischen Widerständen aufgrund von einerseits Überforderung und andererseits oppositionellen Verhaltens zum Austesten der Grenzen zu unterscheiden. Aber durch die Möglichkeit der direkten Beobachtung beim Agieren der Patienten, war es möglich entsprechend zu intervenieren.

---

Die Selbstregulation<sup>572</sup>, wie sie teilweise von Erwachsenen mit der Therapie nach Limberg erfahren wird, war von diesen Kindern in solchem Maße lange Zeit nicht zu leisten, da ihr regulativer Mechanismus darin bestand, ihr Handlungsspektrum nicht zu verändern und so die vermeintliche Kontrolle über die Reaktionen der Therapeutin zu behalten.<sup>573</sup> Erst in den letzten Stunden griffen sie mehr oder weniger bewusst auf Vertrautes zurück und empfanden das nicht als langweilig, sondern als angenehm.

Das Zulassen einer Veränderung mag dadurch begünstigt worden sein, dass ihr Handlungsspektrum bei der Therapeutin nicht die vorhersehbaren Reaktionen erzielte, da diese von der Berechtigung oppositionellen Verhaltens ausging – ohne ein solches Verhalten als unabdingbar zu entschuldigen. Von therapeutischer Seite wurde der Bewusstwerdungsprozess des eigenen Verhaltens durch verbal spiegelnde Verdeutlichung als Chance zur Veränderung gesehen. Da das Ergreifen einer solchen Chance erst mit der Stärkung der Bewältigungskraft geschehen kann, war es Aufgabe der Therapeutin, nicht wie erwartet *gegen* das teilweise dissoziale Verhalten zu arbeiten, sondern darin die Möglichkeit der therapeutischen Weiterentwicklung zu ergreifen.

Aber auch die Befristung der Intervention auf das Ende des Schuljahres mag von Bedeutung gewesen sein, weil daraus eine Exklusivität der therapeutischen Situation resultierte, die längerfristige Sanktionen aus riskantem – weil nicht kontrollierbarem Verhalten – ausschloss.

### Verlaufsphasen

Aus den Verläufen aller Therapien konnten folgende Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden:

(1) **Technisches Herangehen:**

Kennen lernen der Materialien und des Settings, Verhaften im Gegenständlichen

---

<sup>572</sup> Vgl. Limberg (1998), S. 148.

<sup>573</sup> Vgl. Schleiffer (1994), S. 4.

- 
- (2) **Spaß/Neugierde:**  
Ausprobieren
  - (3) **Rückgriff auf das Gewohnte:**  
Sich Sicher-Fühlen
  - (4) **Auswahl an Bedürfnisse gebunden:**  
Bedürfnisse bewusst erleben und achten
  - (5) **Übertragung des Gelernten in den Alltag:**  
Modifikation des Verhaltens

Für die Dauer der jeweiligen Phasen gab es keine Durchschnittswerte. Phase (2) und (3) wiederholten sich. Obwohl die Auswahl auch in diesen beiden Phasen schon an Bedürfnisse gebunden war, wurden diese Bedürfnisse noch nicht in dem Maße geachtet, wie das in Phase (4) geschah.

Bei einem Patienten z.B. hielt die technische Versiertheit bis zur vorletzten Stunde an. Erst dann fand er den Mut, sich vom Gewohnten weg zu bewegen. Währenddessen brachte ein anderer schon in der achten Sitzung das Gemalte mit seiner Person selbst in Verbindung, als er eine Aufgabe besonders sorgfältig gestaltete.

### **Tobias, 11 Jahre alt**

Der Patient<sup>574</sup>, dessen therapeutischer Verlauf hier aufgezeigt wird, lebte zum Zeitpunkt der Therapie bei seiner Mutter, welche sich vier Jahre zuvor vom Vater getrennt hatte. Mutter und Vater übten jeweils einen Helfer-Beruf<sup>575</sup> aus und hatten keine drängenden finanziellen Sorgen.

Aus dem schulärztlichen Gutachten war folgender Störungsverlauf festzustellen: Tobias ist Einzelkind und fiel schon im Kindergarten als Einzelgänger auf. In der Grundschule wurde sein Sozialverhalten zunehmend untragbarer, und im Unterricht beteiligte er sich nur noch, wenn ihn etwas besonders interessierte. Nach einem Grundschulwechsel wegen des zunehmenden Leistungsabfalls vermehrte sich sein oppositionelles Verhalten, und er wurde in der Krankenhausschule der Kinder- und

---

<sup>574</sup> Persönliche Daten leicht verfremdet

<sup>575</sup> Vgl. Fengler (1996), S. 51 f.

---

Jugendpsychiatrie mit gleichzeitiger tagesklinischer Betreuung beschult. Anschließend wechselte er in die derzeitig besuchte Sonderschule für Erziehungshilfe und in eine Fünftagesgruppe.

Seine derzeitige Lehrerin bezeichnete ihn als *intelligenten*, auch *charmanten Jungen*, der sich in den Pausen zurückzöge, um seine Ruhe zu haben. Er falle im Unterricht durch seine Fahrigkeit, Aufsässigkeit und i.B. durch seine Wutanfälle negativ auf (seine massive Unaufmerksamkeit gleiche er durch schnelle Auffassungsgabe aus). Tobias male recht gerne und könne vielleicht von der Kunsttherapie profitieren, so die Einschätzung der Lehrerin.

Tobias hatte die Entscheidung, sich auf die Aufgaben einzulassen, in der siebten Sitzung bewusst getroffen, nachdem er bis zu diesem Zeitpunkt jede Möglichkeit genutzt hatte, die Aufgabenstellungen zu umgehen. Er hatte (Auto-) Aggression und Zynismus als Kontrollmechanismen entwickelt. D.h. er verletzte sich selbst durch beharrliches Aufkratzen von Wunden und mokierte sich über sich selbst oder über eine Situation, wenn er unsicher wurde. Auf diese Art versuchte er die Kontrolle über das Geschehen zu behalten.<sup>576</sup> Die Kontrollmechanismen setzte er gekonnt beim Verweigern der Mitarbeit in der Therapie ein. Seine Art den Aufgaben auszuweichen war phantasie reich und oft humorvoll.

Z.B. hatte Tobias sich geweigert, ein Viereck oder einen Rahmen zu malen und dann die Blattgrenze als *Rahmen* bezeichnet. Als typisch kann sein Kommentar zu AQUARELL 15<sup>577</sup> gelten: ‚Schauen Sie, hier hab ich einen Rahmen gemalt, man kann ihn nur nicht gleich sehen, weil er weiß ist.‘ Sein trefflicher Humor darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass sein Widerstand gegen die Themenbearbeitung ihn auch davor schützte, sich auf etwas Neues, Unkontrollierbares einzulassen. In dieser Situation galt es, seine Abwehr zu achten ohne ihn zu unterfordern. Er musste selbst die Entscheidung treffen, sich auf die therapeutische Situation einzulassen. Tobias tat das oft ansatzweise, um sich im letzten Moment doch wieder um zu entscheiden und das, was ihm gerade angenehm gewesen war, wieder zu zerstören. Er machte nur annähernd so weit mit wie es von ihm gefordert wurde.

---

<sup>576</sup> Vgl. Schleiffer (1998b), S. 134.

<sup>577</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 15 WEIßER RAHMEN.

Als für die Therapeutin abzuschätzen war, dass er die Sitzungen sehr genoss und genügend Vertrauen aufgebracht hatte, eine Entscheidung zu treffen, setzte sie ein terminierendes Gespräch an, in dem sie ihn als voll verantwortlich für sein Handeln erachtete. Sie wies ihn darauf hin, dass seine Verweigerungshaltung sehr wohl tolerierbar sei, dass sie aber weder ihm therapeutische Erfolge noch der Therapeutin Spaß bringe. Dieses Gespräch schien der Auslöser für eine akzeptierte Zusammenarbeit von seiner Seite. Ab dem Zeitpunkt bemühte er sich um eine für ihn angenehme Bildlösung, hier aufgezeigt am Aufgabenbeispiel Zwei Farben:

Von einem klar umspannten, geschützten Aktionsfeld mit ineinander fließenden Farben<sup>578</sup> kam er sofort zu einer deutlich abgegrenzten Farbtrennung<sup>579</sup>. Diese schnelle Entwicklung entsprach zwar seinem Ehrgeiz, aber nicht seinem psychischen Entwicklungsstand. Also griff er im Laufe der nächsten sieben Sitzungen, bzw. neun Wochen wieder auf den Verlauf der Farben zurück und fand so langsam zu einer stärkeren Differenzierung beider Farben.<sup>580</sup>

Mit diesem Rückgriff auf das Vertraute (Verlaufs-Phase (3)) war es ihm möglich, etwas Neues zu entdecken. Das neue Gespür für etwas, das ihm tatsächlich angenehm war, galt es nun zu schützen und ihn mit immer neuen Variationen der Frage: ‚War das jetzt angenehm für dich?‘ auf diesem Weg zu halten.

Er malte die beiden Farben in selbstgeschaffenem Format anschließend noch ein einziges Mal, entwickelte das Gleichgewicht aber nicht mehr weiter bevor die Therapiephase zu Ende war.<sup>581</sup>

Entspannung fand er beim Malen von Gelb<sup>582</sup>, was er sichtlich genoss. Wenn ihm dieser Genuss zuviel wurde, malte er eine weitere Farbe ins Gelb hinein und interpretierte das Gemalte gegenständlich.

---

<sup>578</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 16 ZWEI FARBEN INEINANDER FLIEßEND.

<sup>579</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 17 ZWEI FARBEN BEIEINANDER.

<sup>580</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 18 ZWEI FARBEN GLEICH GROß BEIEINANDER.

<sup>581</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 19 ZWEI FARBEN GETRENNT GLEICH GROß: Im Gegensatz zum vorangegangenen Bild mit gleicher Thematik nahm er nicht den Blattrand als Größe hin, sondern wählte die Größe der Vierecke selbst.

<sup>582</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 20 GELB.

AQUARELL 21<sup>583</sup> entstand während einer Sitzung, sodass der äußerliche Wandel von Entspannung und Genuss in Aggression und Missfallen für die Therapeutin beobachtbar wurde. Tobias kommentierte lächelnd, bevor er mit dem Blau ansetzte: ‚Das ist so entspannend, dass ich glatt einschlafen könnte!‘ Beim Malen gewann die Gesichtsmuskulatur zunehmend an Tonus, das Lächeln verschwand, er zog die Mundwinkel nach unten und kniff die Augen leicht zusammen. Auf die Frage ob ihm das Malen des Bildes angenehm gewesen sei, antwortete er: ‚Klar, ist doch schön, oder?‘ Dennoch hatte er in dieser Stunde sein Lieblingsgelb gefunden und benutzte es zunächst noch zwei Mal, indem er es wieder zermalte.

AQUARELL 22<sup>584</sup> nannte er ‚Feuer‘ – in die Mitte des Bildes malte er ein Herz. Wie angenehm ihm das war? ‚Es ging.‘ Danach malte er in der selben Woche jeden Tag ein zitronegelbes Bild.

In der folgenden Sitzung malte er ebenfalls als erstes ein gelbes Bild. Auf den Hinweis der Therapeutin, dass er nicht nur die Gelbtöne aus dem Farbkasten zu nehmen brauche, sondern sich auch einen eigenen Farbton mischen könne, malte er erneut ins schon beendete Bild rechts mit Goldgelb<sup>585</sup>, befand es als ‚gut‘ und malte erst neun Wochen bzw. sechs Sitzungen später wieder ein gelbes Bild. Und dabei fragte er: ‚Darf ich auch ein ganz dunkles Gelb nehmen?‘<sup>586</sup> Nach der Antwort, dass er immer das Gelb nehmen könne, das ihm angenehm sei, begann er wieder sein Lieblingsgelb häufiger zu nutzen. Bis dahin hatte er Gelb nur noch innerhalb anderer Bilder verwendet.

Das Thema Viereck bearbeitete er mit größten Widerständen. Sein erstes Bild nach der Entscheidung, sich tatsächlich mit der Aufgabenstellung zu beschäftigen; war AQUARELL 24<sup>587</sup>. Sein Kommentar dazu: ‚Ein weißes Viereck auf weißem Grund, der Rahmen, in den ich hineingemalt hab, was ich wollte, ist der Bildrand.‘ (Bei genauem

---

<sup>583</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 21 GELB SCHLAFEND.

<sup>584</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 22 GELB BRENNEND.

<sup>585</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 23 ZITRONENGELB MIT GOLDGELB.

<sup>586</sup> Die Therapeutin hatte seine Sicherheit in der Farbwahl überschätzt und durch den Hinweis auf weitere Möglichkeiten sein Vertrauen in sein Tun erschüttert. Die Frage hätte nur lauten dürfen – auf die Gefahr hin sich zu wiederholen – ob er dieses Gelb als das Angenehmste empfand. Durch den Fehler bestätigte sich die Einschätzung, dass Tobias mehr noch als die anderen Patienten zwar konsequenter aber sensitiv dosierter Führung bedurfte.

<sup>587</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 24 WEIßES VIERECK AUF WEIßEM GRUND.

---

Hinsehen und wenden des Blattes im Licht war ein ca. 2cm<sup>2</sup> großes Viereck zu sehen).

Drei Wochen nach seiner Entscheidung, sich mit den Aufgaben auseinander zu setzen, brachte Tobias zur 10. Sitzung unvermittelt AQUARELL 25<sup>588</sup> mit. Er hatte eigentlich ein 3-dimensionales Viereck malen wollen und kam zu dieser Bildlösung, auf die er enorm stolz war. Die Therapeutin zeigte ihm auf sein Anfragen hin, wie ein 3-dimensionales Viereck gezeichnet wird. Danach ignorierte er die Aufgabe Viereck wieder und malte drei Wochen lang nur Gelb als Aufgabe.

Nach diesen drei Wochen, bzw. drei Sitzungen später, malte er während der 13. Sitzung AQUARELL 26<sup>589</sup> und kommentierte es mit: ‚Schön verlaufen!‘.

Er nutzte sein Farb- und Formgefühl, das er mit der Aufgabenstellung Zwei Farben entwickelt hatte nun auch für seine neu entdeckte Aufgabe.

Tobias war zwar immer noch sehr kritisch und anspruchsvoll mit sich, aber seine Ansprüche bewegten sich nun weniger in die Richtung, Gefälliges zu schaffen, als herauszufinden, was ihm selbst wohlige war.

Die konzentrischen Vierecke befanden sich nun fast wöchentlich entweder in seinem zu Hause gemalten Bildfundus oder er malte eines zu Beginn der Sitzung. Er achtete beim Malen darauf, dass die Farben kräftig wurden, wollte keine Lücken zwischen den einzelnen Farben und versuchte dennoch, die Farben nicht völlig verschwimmen zu lassen.

Zur letzten Sitzung brachte er ein Bild mit, das seine beiden Lieblingsfarben enthielt und das er als ‚Total schön und angenehm!‘ bezeichnete.<sup>590</sup>

Tobias war einer der Patienten, die nach Beendigung der Therapie zum nächsten Schuljahr auf eine weiterführende Schule wechselten.

Er hatte angefangen, eine Möglichkeit zu nutzen, sich etwas Gutes zu tun. Mit seinem Schulwechsel war eine Fortsetzung der Therapie leider nicht mehr möglich. Er selbst hätte gerne weiter gearbeitet und gewiss gute Fortschritte erzielt.

---

<sup>588</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 25 ZUFÄLLIG-KONZENTRISCHES VIERECK.

<sup>589</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 26 GEWOLLT-KONZENTRISCHES VIERECK.

<sup>590</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 27 KONZENTRISCHES VIERECK AUS LIEBLINGSFARBEN.

## 5.2 ANALYSE DER VERLÄUFE

Alle Patienten machten ähnlich wie Tobias in verschiedenen Aufgabenbereichen Fortschritte<sup>591</sup>, die auf eine Auseinandersetzung mit den eigenen Präferenzen und einen schützenderen Umgang mit sich selbst schließen ließen.

Peter z.B. hatte das Verlangen, am Ende des Malvorgangs sein Bild zu zerstören, indem er etwas hineinmalte, was ihm nicht gefiel wie z.B. den roten Strich rechts im AQUARELL 28<sup>592</sup>. Die Therapeutin beleuchtete sein Tun beständig mit der Frage, ob es ihm angenehm sei, was er male. Peter betonte immer prompt wie schön er es fand, um nach kurzem Betrachten des Bildes zu sagen: ‚Aber vorher fand ich’s besser.‘ Oder ‚Na ja, geht so.‘

Seine Angewohnheit veränderte sich, indem er zum Ende jedes gemalten Bildes alle Farben auf dem Papier zusammen mischte und so die Farbe ‚Gold‘, die er sehr schön fand, herstellte, wie sie beim AQUARELL 29<sup>593</sup> unten links zu sehen ist.

Zwar hatte seine Art des Zusammenmalens der Farben auf dem Papier immer noch etwas Destruktives, aber er hatte auf diese Weise eine Möglichkeit gefunden, diese Aktion für sich zu nutzen, ohne das Geschaffene zu zerstören.

Während einer der letzten Sitzungen, nach einer elfminütigen (!) Konzentrationsphase, begann er das Formenspiel mit einem goldgelben Kreis, in dessen Mitte er einen Punkt in der gleichen Farbe malte. Die Therapeutin zog einen zitronengelben Kreis um den goldgelben Äußeren herum.<sup>594</sup> Peter antwortete mit einem gestrichelten grasgrünen Kreis um das Zitronengelb, den die Therapeutin mit einem goldgelben Kreis umrandete. Peter kündigte an: ‚Ich beende jetzt das Bild‘, wählte Karminrot (welches er kurz zuvor mit Blut und Schrecken assoziiert hatte) und umrandete den ersten goldgelben Kreis erneut. Er versuchte dabei, nicht ins Gelb hinein zu malen, was ihm größtenteils gelang. Zum Schluss tupfte er mit dem Pinsel in die Mitte des goldgelben Punktes und sagte: ‚Fertig!‘

---

<sup>591</sup> Vgl. Kap. 4.2.3.3 **Malspiele und eigenständiges Arbeiten.**

<sup>592</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 28 **VIERECKE MIT ROTEM STREIFEN**

<sup>593</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 29 **VIERECKE MIT GOLD**

<sup>594</sup> Vgl. **Anhang**, Aquarell 30: **GESCHÜTZTER MITTELPUNKT**

Für die Therapeutin beschrieb Peters anfängliches Handeln seine beginnende Fähigkeit, achtsam mit dem von ihm Geschaffenen umzugehen. Letztendlich konnte er das Gefühl, das daraufhin in ihm entstand noch nicht annehmen und griff auf das Gewohnte zurück, mit dem er umzugehen vermochte. Gerade die Abwehr in Form des destruktiven Aktes machte der Therapeutin deutlich, wie weit Peter schon gegangen war im Bemühen für sich Angenehmes zu schaffen.

Zu Beginn der Therapie fiel von einigen Patienten häufig der Kommentar: ‚Kein Bock!‘ als Ausdruck von Widerstand und Desinteresse. Äußerungen dieser Art wurden mit dem Andauern der Therapie immer seltener, und die zur Schau getragene Coolness immer durchsichtiger. Bei einem Patienten war es fast schon ein Ritual, das ihm den Einstieg in die Sitzung ermöglichte, indem er betont lässig in den Raum kam, sich auf den Stuhl fallen ließ und stöhnte. Nachdem die Therapeutin die Tür von innen abgeschlossen<sup>595</sup> und ihn aufgefordert hatte, seine Mütze abzulegen und sich aufzurichten, lächelte er und kam dem ohne weitere Einwände<sup>596</sup> nach.

Für die schulische Situation gehörten die Therapiestunden nach Aussage einer Lehrerin ‚zu den Highlights der Woche‘. Sie kommentierte die subjektive Wirkung der Therapie in einer brieflichen Stellungnahme: ‚Alle Schüler kommen in den Regel sehr ausgeglichen zurück in den Unterricht, dies stabilisiert ihr Selbstwertgefühl, oftmals auch ihre Frustrationstoleranz und nicht zuletzt ihre Leistungsfreude. Hyperaktive Schüler können während der Kunsttherapie Ruhe erfahren, Konzentration und Wahrnehmungssteuerung sowie -lenkung werden deutlich besser.‘ Die Lehrerinnen empfanden die Therapie als wohltuende Unterstützung ihrer Arbeit und konnten Hinweise aus den gemeinsamen Gesprächen mit der Therapeutin zu ihrer Erleichterung im Umgang mit den Schülern nutzen. Diese Gespräche waren – auch wenn sie häufig in den Pausen stattfinden mussten – für die Therapeutin eine ebenso informative wie auch entlastende Aktivität. Wünschenswert wäre eine Gruppen-, Team- oder

---

<sup>595</sup> Aufgrund des übergriffigen Verhaltens anderer SchülerInnen war es notwendig, die Tür des Therapieräumes von innen abzuschließen. Um bei den Patienten das Gefühl eingesperrt zu sein zu vermeiden, blieb der Schlüssel während der Sitzung stecken.

<sup>596</sup> Das Ablegen der (Baseball-)Mütze war beim ersten Mal eine besondere Herausforderung für den Patienten gewesen, bei er testete, wie weit die Therapeutin gehen würde, um ihre Forderung durchzusetzen. Die Erklärung, dass es der Therapeutin wichtig war, seine Augen zu sehen, und dass sie keine Möglichkeit darin sah ohne diese Voraussetzung mit ihm zu arbeiten genügte letztendlich.

Peer-Supervision<sup>597</sup> gewesen, für die jedoch nicht der finanzielle Rahmen zur Verfügung stand.<sup>598</sup>

Bei den meisten Patienten, auch bei Patienten, die ihre Therapie abgebrochen hatten, konnte die Therapeutin wie oben aufgezeigt Fortschritte im gestalterischen Prozess und entsprechend im Umgang mit ihren Bedürfnissen feststellen. Nach dem Betrachten der Bilder und dem kontemplativen Umgang mit den während der Sitzungen getätigten Aufzeichnungen kann folgende Einschätzung der therapeutischen Intervention mittels Kunsttherapie nach Limberg in Kombination mit Konzentrationsübungen und Atemtechniken nach Ko gegeben werden:

Für die Kinder waren die Therapiestunden eine entspannende Maßnahme, die ihnen Erholung im Schulalltag geboten hat. Diese Maßnahme hat ihren sozialen Umgang bzgl. Respekt vor sich und anderen, beginnend mit der Zusammenarbeit mit der Therapeutin gefördert. Dazu trug vor allem ein authentisches, konsequentes Verhalten ihnen gegenüber bei (Lernen am Modell<sup>599</sup>). Als maßgeblich wird der Einfluss der Konzentrationsphasen am Anfang der Sitzungen betrachtet, da dieser auch der Therapeutin die nötige Gelassenheit gab, sich auf die immer wieder neuen Herausforderungen der Therapie einzulassen.

Die angewandte trimodale Maßnahme scheint in Anbetracht der Auswertung des bildnerischen Materials die Basis für eine Veränderung des Erlebens und Verhaltens gelegt haben.

Zur Stabilisierung und Ausweitung einer solchen Basis wären weitere Module wie Elternberatung oder Familientherapie zur Veränderung des Umfeldes ratsam.<sup>600</sup>

Aufschluss über quantitativ messbare Veränderungen sollen die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse aus den Test-Auswertungen geben.

---

<sup>597</sup> Vgl. Fengler (1999c), S. 325 ff.

<sup>598</sup> Diese Situation ist umso bedauerlicher in Anbetracht des Leidensdrucks der meisten SchülerInnen von Sonderschulen für Erziehungshilfe und der sukzessiven Mehrbelastung der Lehrerinnen.

<sup>599</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 76 f.

<sup>600</sup> Vgl. Kap. **2.8.4 Elternberatung**.

### 5.3 TESTERGEBNISSE

Es wurden insgesamt 29 Probanden getestet, wovon sich 14 in der Therapiegruppe und 15 in der durch eine Warteliste definierten Kontrollgruppe befanden. Aufgrund der in Kap. 8.1 **Stichprobe** beschriebenen Umstände, konnten letzten Endes nur die Ergebnisse von 12 Probanden der Therapiegruppe und von neun Probanden der Kontrollgruppe.

Zur Auswertung wurden die Gruppen in nachstehende Kategorien unterteilt (*N* abzüglich der Drop-Outs)

- Therapiegruppe mit Schulwechsel (N=4),
- Therapiegruppe ohne Schulwechsel (N=8),
- Therapiegruppe insgesamt (N=12),
- Kontrollgruppe mit Schulwechsel (N=3),
- Kontrollgruppe ohne Schulwechsel (N=6),
- Kontrollgruppe insgesamt (N=9),
- Therapie- und Kontrollgruppe mit Schulwechsel (N=7) und
- Therapie- und Kontrollgruppe ohne Schulwechsel (N=14).

Diese Aufschlüsselung war insofern sinnvoll, dass die Probanden mit Schulwechsel nicht an der Follow-Up-Testung teilnehmen konnten. Deshalb wurden Vergleiche der Kategorie insgesamt lediglich zwischen Prä- und Post-Testergebnissen gezogen, während die Follow-Up-Testergebnisse nur in der Kategorie ohne Schulwechsel analysiert wurden.

Durch diese Aufteilung ergab sich allerdings in der Therapiegruppe ein weiterer Drop-Out: Bei einem Probanden ohne Schulwechsel wurde die Therapie fortgesetzt und die Post-Testung erst zum Zeitpunkt der Follow-Up-Testung durchgeführt, so dass die Messergebnisse nicht mehr einzuordnen waren.

Zur Signifikanzüberprüfung der Mittelwertsunterschiede erschien es für alle psychologischen Tests folgerichtig, eine multivariate Varianzanalyse durchzuführen. Hierfür wurde das Programm SPSS (12.0 for windows) genutzt.

### 5.3.1 FBB-HKS IM PRÄ-POST-VERGLEICH

Die Einschätzung der Lehrerinnen mittels FBB-HKS diente als Auswertungsbasis zur Untersuchung, ob sich diagnoserelevante Kriterien nach dem ICD-10 während der Zeit der Intervention und in den darauffolgenden sechs Monaten verändert hätten.

Die Mittelwerte der FBB-HKS wurden aus den Einschätzungen der Lehrerinnen zu folgenden Itemgruppen gebildet: Unaufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität und Belastung für schulische und außerschulische Entwicklung und Beziehungen.

**Tab. 1:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden ohne Schulwechsel<sup>601</sup>

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	14	,33	3,00	2,27	,65
Unaufmerksamkeit, post: u2m	14	,67	3,00	1,97	,59
Unaufmerksamkeit, follow-up: u3m	14	,44	3,00	1,94	,69
Hyperaktivität, prä: h1m	14	,00	3,00	1,86	1,00
Hyperaktivität, post: h2m	14	,00	3,00	1,49	,83
Hyperaktivität, follow-up: h3m	14	,00	2,86	1,30	,89
Impulsivität, prä: i1m	14	,00	3,00	2,07	1,00
Impulsivität, post: i2m	14	,00	3,00	1,70	,78
Impulsivität, follow-up: i3m	14	,00	2,50	1,41	,85
Belastung, prä: b1m	14	,00	3,00	2,25	,89
Belastung, post: b2m	14	,75	3,00	2,23	,75
Belastung, follow-up: b3m	14	,00	3,00	1,93	,94

<sup>601</sup> Vgl. Anhang, Tab. 16, 19, 21, 25, 28, 31.

**Tab. 2:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel <sup>602</sup>	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	7	,78	2,56	1,81	,60
Unaufmerksamkeit, post: u2m	7	,67	3,00	2,03	,84
Hyperaktivität, prä: h1m	7	,14	2,29	1,12	,70
Hyperaktivität, post: h2m	7	,14	2,43	1,18	,99
Impulsivität, post: i2m	7	,50	2,75	2,04	,94
Impulsivität, prä: i1m	7	1,00	3,00	1,96	,81
Belastung, prä: b1m	7	1,50	3,00	2,25	8
Belastung, post: b2m	7	1,75	3,00	2,54	9

Die Varianzanalyse zur Variablen *unaufmerksam* wurde mit den Faktoren Schulwechsel (Wechsel versus kein Wechsel) und Gruppen (Therapiegruppe versus Kontrollgruppe) durchgeführt.

Dabei wurde die Variable anhand ihrer Mittelwerte an zwei Zeitpunkten verglichen – vor der Intervention (u1m) und im Anschluss an die Intervention (u2m) (vgl. **Tab. 3**)

**Tab. 3:** Innersubjektfaktoren, unaufmerksam

Faktor1	Abhängige Variable	Entsprechung
1	u1m	unaufmerksam, prä, Mittelwert
2	u2m	unaufmerksam, post, Mittelwert

<sup>602</sup> Die Kürzel setzen sich zusammen aus dem Anfangsbuchstaben des Item (z.B. ‚u‘ für die Itemgruppe zur Unaufmerksamkeit), dem Zeitpunkt der Messung (1 für prä, 2 für post, 3 für follow-up) und ‚m‘ für Mittelwert.

**Tab. 4** zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse für die Variable *unaufmerksam*:

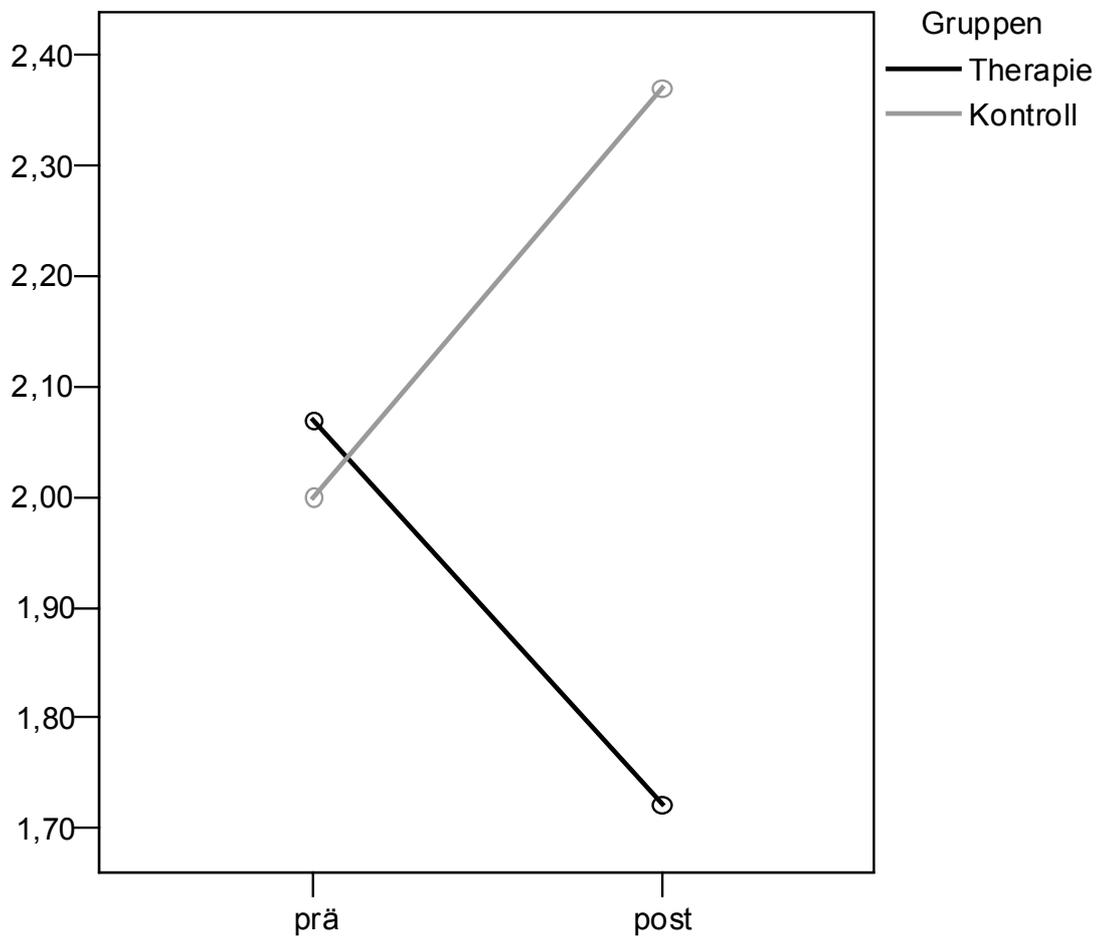
**Tab. 4:** Tests der Innersubjektkontraste, *unaufmerksam*

Quelle	Faktor1	Df	Mittel d. Quadrate	F	Sig.
Faktor1	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	,002	,009	,924
Faktor1 * Wechsel	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	1,631	6,258	,023
Faktor1 * Gruppen	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	2,354	9,035	,008
Faktor1 * Wechsel * Gruppen	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	1,207	4,634	,046
Fehler (Faktor1)	Stufe 1 gegen Stufe 2	17	,261		

Dabei ergab sich im Vergleich der Werte beider Gruppen für die Variable *unaufmerksam* ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte:

Die Therapiegruppe war nach der Intervention signifikant ( $p=0,008$ ) weniger *unaufmerksam* als die Kontrollgruppe. Ihre *Unaufmerksamkeit* sank während der Interventionsphase, und die der Kontrollgruppe stieg im selben Zeitraum.

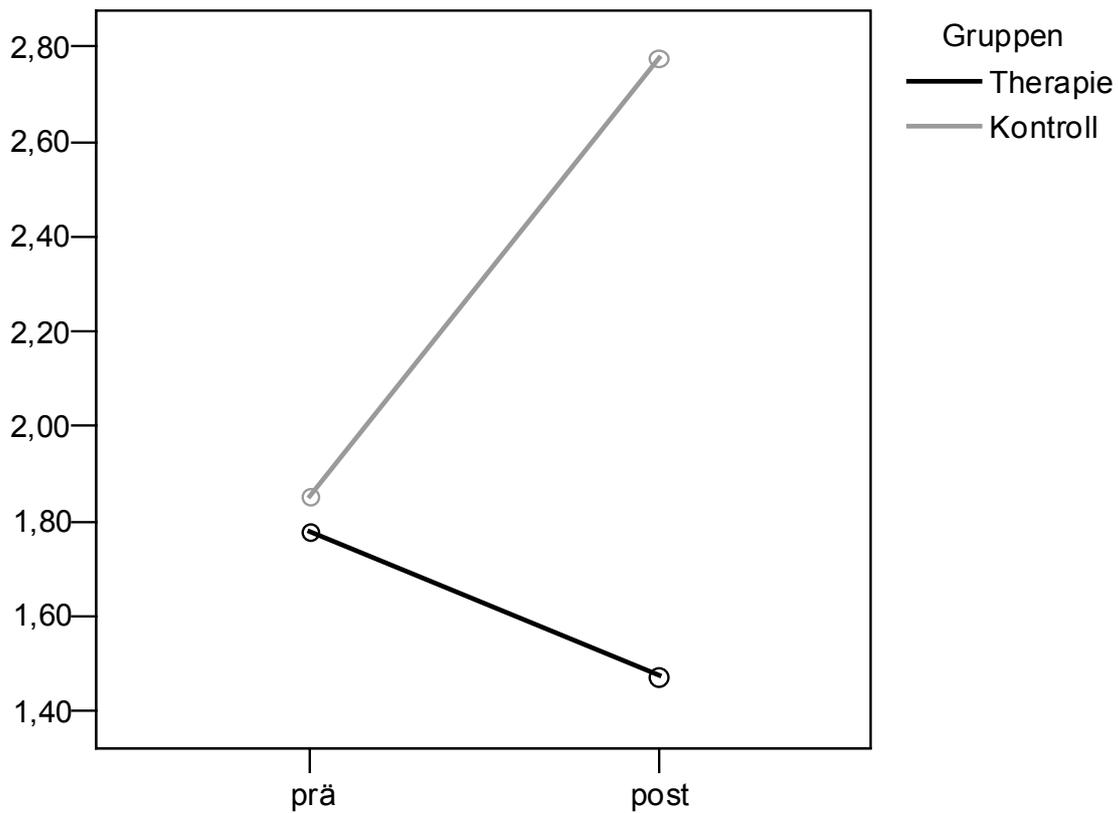
### Veränderungen der Variablen 'unaufmerksam' bei Probanden mit und ohne Schulwechsel im Prä-Post-Vergleich



**Abb. 1:** Diagramm zu FBB-HKS – *unaufmerksam* – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit und ohne Schulwechsel

Die Gruppe der therapierten Probanden, welche nach der Intervention die Schule wechselten, verbesserte ihre Aufmerksamkeit gegenüber der entsprechenden Kontrollgruppe ebenfalls signifikant ( $p=0,046$ ).

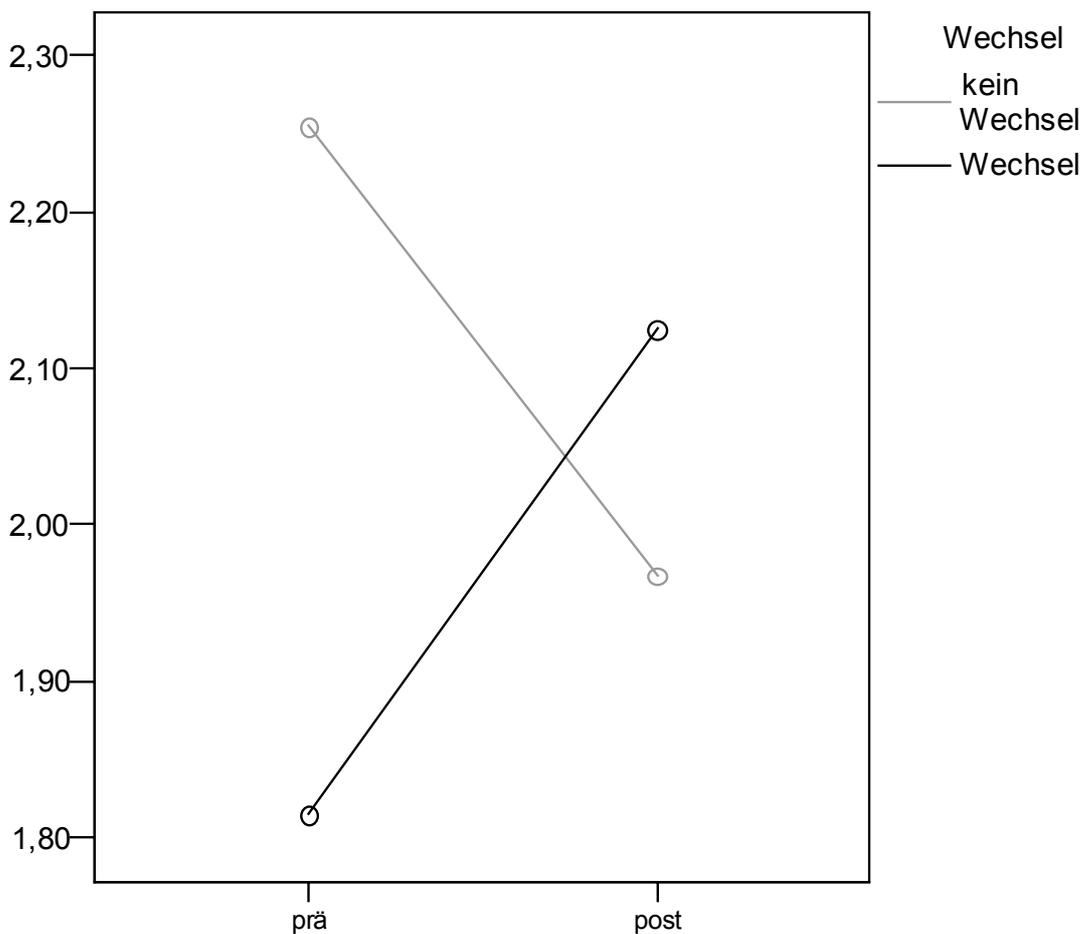
### Veränderungen der Variablen 'unaufmerksam' bei Probanden mit Schulwechsel im Prä-Post-Vergleich



**Abb. 2:** Diagramm zu FBB-HKS – *unaufmerksam* – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit Schulwechsel

Ferner steigerte die Gesamtgruppe (mit und ohne Kunsttherapie) der Probanden mit Schulwechsel ihre Unaufmerksamkeit gegenüber der Gesamtgruppe ohne Wechsel ebenfalls signifikant ( $p=0,023$ ).

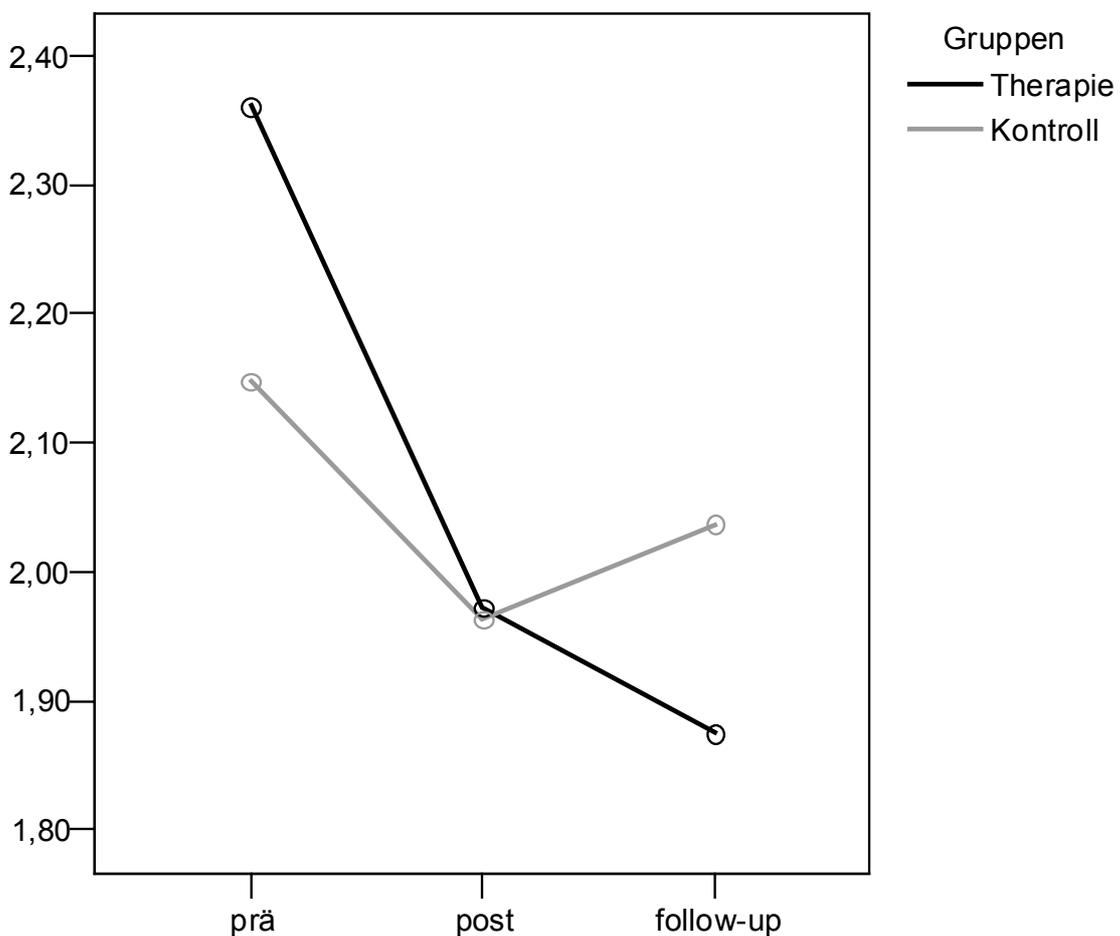
### Veränderungen der Variablen 'unaufmerksam' bei Probanden mit und ohne Schulwechsel im Prä-Post-Vergleich



**Abb. 3:** Diagramm zu FBB-HKS – *unaufmerksam* – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Gesamtgruppen mit und ohne Schulwechsel

Im Vergleich der Mittelwerte zu allen drei Messzeitpunkten bei den Gruppen ohne Schulwechsel ergaben sich schwach signifikante ( $p=0,059$ ) Unterschiede für die Variable *unaufmerksam*, während die Therapiegruppe ihre Aufmerksamkeit weiter verbesserte, unterdessen die Kontrollgruppe wieder unaufmerksamer wurde.

### Veränderungen der Variablen 'unaufmerksam' bei Probanden ohne Schulwechsel im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich



**Abb. 4:** Diagramm zu FBB-HKS – *unaufmerksam* – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe ohne Schulwechsel

Die Varianzanalyse der Variablen *hyperaktiv* wurde zu den selben Messzeitpunkten durchgeführt:

**Tab. 5:** Innersubjektfaktoren, hyperaktiv

Faktor1	Abhängige Variable	Entsprechung
1	h1m	hyperaktiv, prä, Mittelwert
2	h2m	hyperaktiv, post, Mittelwert
3	h3m	hyperaktiv, follow-up, Mittelwert

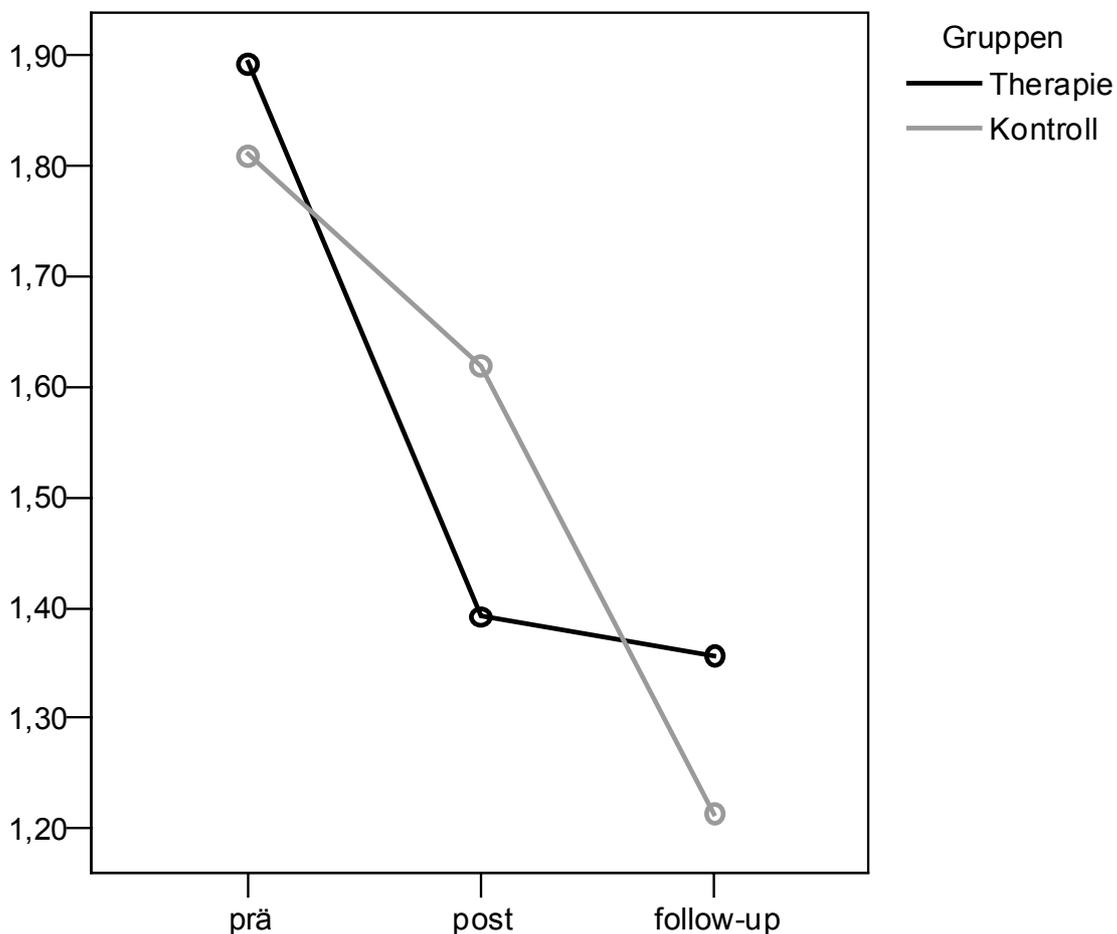
Während die Varianzanalyse der Werte zu zwei Messzeitpunkten (wie oben unterschieden nach Kontroll- und Therapiegruppe sowie nach Schulwechsel) keine Veränderungen der Mittelwerte aufzeigte, konnten im Vergleich der beiden Gruppen ohne Schulwechsel folgende signifikanten Veränderungen errechnet werden:

**Tab. 6:** Tests der Innersubjektkontraste, hyperaktiv

Quelle	Faktor1	Quadrat-Summen vom Typ III	Df	Mittel d. Quadrate	F	Sig.
Faktor1	Stufe 1 gegen Stufe 2	1,635	1	1,635	4,591	,053
	Stufe 2 gegen Stufe 3	,665	1	,665	5,897	,032
Faktor1 * Gruppen	Stufe 1 gegen Stufe 2	,328	1	,328	,923	,356
	Stufe 2 gegen Stufe 3	,467	1	,467	4,139	,065
Fehler (Faktor1)	Stufe 1 gegen Stufe 2	4,272	12	,356		
	Stufe 2 gegen Stufe 3	1,354	12	,113		

Die Gruppen entwickelten sich zwar während der Intervention schwach signifikant verschieden ( $p=0,053$ ) und im Anschluss an die Intervention überzufällig unterschiedlich ( $p=0,032$ ). Jedoch wogen sich diese Abweichungen gegenseitig auf, indem der Verbesserungsvorsprung der Therapiegruppe während der Intervention in den sechs darauffolgenden Monaten durch die Kontrollgruppe ausgeglichen wurde.

### Veränderungen der Variablen 'hyperaktiv' bei Probanden ohne Schulwechsel im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich



**Abb. 5:** Diagramm zu FBB-HKS – *hyperaktiv* – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Gruppen ohne Schulwechsel

---

Für die Itemgruppen *impulsiv* und *Belastung* konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwertveränderungen der Gruppen nachgewiesen werden.<sup>603</sup>

### 5.3.2 FBB-SSV IM PRÄ-POST-VERGLEICH

Mit dem Fremdbeurteilungsbogen zur Störung des Sozialverhaltens (FBB-SSV) wurde gemessen, in welchem Grad<sup>604</sup> die Probanden *oppositionell-aggressiv* oder *dissozial-aggressiv* waren, ob sie umher streunten und in welchem Maß sie kriminell waren.

Die Auswertung der Mittelwerte gestaltete sich als schwierig, weil sich die beiden letzten Aspekte der direkten Beobachtung der Lehrerinnen entzogen, weswegen selten zuverlässige Aussagen gemacht werden konnten. Da die Fragebogen als Hilfsmittel zur Diagnose ausgelegt sind, führen sie für nicht bekannte den selben Wert an wie für *gar nicht* bzw. *stimmt nicht*, was eine Interpretation umso mehr erschwert, je unbekannter der jeweilige Bereich den Befragten ist.

Infolgedessen wurde im Nachhinein auf die Auswertung der wenig bekannten und unbekannteren Bereiche *Streunt umher*, *kriminell*, und der dichotomen Items *Verhalten beeinträchtigt Beziehungen zu anderen Menschen* und *pfllegt freundschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen* verzichtet und das Augenmerk auf die Bereiche *oppositionell-aggressiv* und *dissozial-aggressiv* gelegt.

Wie beim FBB-HKS wurde beim FBB-SSV nicht nur zwischen Therapie- und Kontrollgruppe unterschieden, sondern auch zwischen Probanden mit Schulwechsel und Probanden ohne Schulwechsel. Im letzten Bereich (zwischen Schulwechslern und in der Schule Verbleibenden) ließen sich jedoch keine signifikanten Mittelwertsunterschiede ausmachen.

---

<sup>603</sup> Vgl. Anhang, Tab. 16, 19, 21, 25, 28, 31.

<sup>604</sup> Vgl. Kap. 4.3.2 Eingesetzte psychometrische Testverfahren.

**Tab. 7:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	14	,11	3,00	1,87	5
oppositionell-aggressiv, post: o2m	14	,22	3,00	1,68	,90
oppositionell-aggressiv, follow-up: o3m	14	,11	2,56	1,42	,71
dissozial-aggressiv, prä: d1m	14	,00	2,17	,83	,67
dissozial-aggressiv, post: d2m	14	,00	1,83	,82	,59
dissozial-aggressiv, follow-up: d3m	14	,00	1,67	,74	,49
streunt umher, prä: s1m	14	,00	,50	,04	,13
streunt umher, post: s2m	14	,00	2,50	,32	,82
streunt umher, follow-up: s3m	14	,00	2,00	,36	,72
kriminell, prä: k1m	14	,00	1,00	,19	,34
kriminell, post: k2m	14	,00	,63	,08	,17
kriminell, follow-up: k3m	14	,00	,50	,12	,15

**Tab. 8:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	7	1,22	2,78	1,90	,53
oppositionell-aggressiv, post: o2m	7	,78	3,00	1,94	,75
dissozial-aggressiv, prä: d1m	7	,33	1,33	,88	,33
dissozial-aggressiv, post: d2m	7	,17	1,50	,98	,53
streunt umher, prä: s1m	7	,00	,50	,07	,19
streunt umher, post: s2m	7	,00	,00	,00	,00
kriminell, prä: k1m	7	,00	,38	,05	,14
kriminell, post: k2m	7	,00	,63	,13	,24

Der interferenzstatistische Prä-Post-, Prä-Follow-Up- und Post-Follow-Up-Vergleich wurde, analog zum FBB-HKS, mittels dreifaktorieller Varianzanalyse untersucht, geordnet nach Therapie- und Kontrollgruppen.

Die Berechnungen ergaben indes auch keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.<sup>605</sup>

<sup>605</sup> Vgl. Anhang, Tab. 17, 20, 23, 26, 29, 32.

### 5.3.3 PFK 9-14 IM PRÄ-POST-VERGLEICH

Zum PFK 9-14, dem psychologischen Test zur Selbsteinschätzung, wurden die Items VS1, VS4, SB3 und SB4 aus dem in Kap. 7.2 beschriebenen Fallbeispiel auf eine Veränderung zu den drei Messzeitpunkten überprüft.<sup>606</sup> Dabei wurden nicht die Test-Rohwerte, sondern die standardisierten Prozentränge aus dem Vergleich mit einer Eichstichprobe verwendet. Ein Prozentrang von 50 beschreibt gemäß Seitz und Rausche das Ideal, wonach Prozentränge über 77 und unter 23 als bedeutsam gelten können.<sup>607</sup>

VS1, VS4, SB3 und SB4 schienen die Itemgruppen zu sein, welche am stärksten mit der Symptomatik des HKS übereinstimmen und gleichsam bei den Probanden am auffälligsten waren. Die Codes stehen für folgende Verhaltensstile bzw. Selbstbilder:

- VS 1: *Emotionale Erregbarkeit*
- VS4: *Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt*
- SB3: *Selbsterleben von Impulsivität*
- SB4: *Egozentrische Selbstgefälligkeit* (Selbstaufwertung, Selbstüberschätzung, Selbstbeschönigung)

Zudem schien MO4 von Relevanz bei der Auswertung des exemplarischen Tests:

- MO4: *Bereitschaft zu sozialem Engagement*

Da sich bei der multivariaten Varianzanalyse bei manchem dieser Items keine, dafür aber bei zwei weiteren Items signifikante Veränderungen abzeichneten,<sup>608</sup> wurden diese beiden zur Auswertung hinzugezogen:

- VS 2: *Fehlende Willenkontrolle*
- VS 3: *Aktiv-extravertiertes Temperament*

In den Mittelwert-Tabellen sind die Items der besseren Identifizierbarkeit halber wie folgt abgekürzt:

<i>er</i>	VS 1:	<i>Emotionale Erregbarkeit</i>
<i>wi</i>	VS 2:	<i>Fehlende Willenkontrolle</i>

<sup>606</sup> Vgl. Anhang, Tab. 15, 18, 22, 24, 27, 30.

<sup>607</sup> Vgl. Seitz/Rausche (1992), S. 47.

<sup>608</sup> Vgl. Anhang, Tab. 15, 18, 22, 24, 27, 30.

<i>ex</i>	VS 3:	<i>Aktiv-extravertiertes Temperament</i>
<i>sc</i>	VS4:	<i>Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt</i>
<i>so</i>	MO4:	<i>Bereitschaft zu sozialem Engagement</i>
<i>im</i>	SB3:	<i>Selbsterleben von Impulsivität</i>
<i>sa</i>	SB4:	<i>Egozentrische Selbstgefälligkeit</i>

Die Zahlen nach den Kürzeln geben wie in Erläuterungen zu FBB-HKS<sup>609</sup> und FBB-SSV den Zeitpunkt der Messung an, ergo entspricht *er1* der Prä-Messung zum Faktor *Emotionale Erregbarkeit*.

**Tab. 9:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	7	9,00	94,00	53,29	33,77
Erregbarkeit, post: er2	7	2,00	87,00	36,43	33,11
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	7	7,00	81,00	45,86	26,14
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	7	24,00	74,00	49,00	21,28
Extraversion, prä: ex1	7	37,00	91,00	66,43	19,98
Extraversion, post: ex2	7	27,00	91,00	70,86	20,82
Scheu, prä: sc1	7	28,00	97,00	68,57	23,20
Scheu, post: sc2	7	18,00	73,00	58,57	20,54
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	7	16,00	95,00	43,43	29,42
Ich-Durchsetzung, post: ic2	7	16,00	76,00	44,86	25,77
Soziales Engagement, prä: so1	7	13,00	95,00	52,71	30,81
Soziales Engagement, post: so2	7	1,00	96,00	56,57	33,60
Selbstüberschätzung, prä: su1	7	2,00	95,00	42,86	38,00
Impulsivität, prä: im1	7	17,00	98,00	58,71	27,38
Impulsivität, post: im2	7	17,00	80,00	54,57	21,31
Selbstaufwertung, prä: sa1	7	17,00	98,00	65,14	26,75
Selbstaufwertung, post: sa2	7	49,00	93,00	70,86	16,00
Selbstüberschätzung, post: su2	7	5,00	91,00	58,71	33,19
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	7	4,00	87,00	36,29	35,99
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	7	2,00	71,00	26,71	25,64

<sup>609</sup> Vgl. Kap. 4.3.2.1, FBB-HKS.

**Tab. 10:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	14	9,00	98,00	62,36	26,83
Erregbarkeit, post: er2	14	2,00	99,00	50,21	34,12
Erregbarkeit, follow-up: er3	14	9,00	91,00	49,14	28,28
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	14	21,00	94,00	56,14	20,81
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	14	5,00	91,00	43,07	28,31
fehlende Willensk., follow-up: wi3	14	15,00	84,00	41,79	20,43
Extraversion, prä: ex1	14	10,00	98,00	44,50	29,95
Extraversion, post: ex2	14	5,00	98,00	56,50	27,55
Extraversion, follow-up: ex3	14	9,00	98,00	58,93	30,27
Scheu, prä: sc1	14	10,00	99,00	59,50	30,13
Scheu, post: sc2	14	10,00	99,00	60,36	32,02
Scheu, follow-up: sc3	14	16,00	97,00	53,64	24,68
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	14	13,00	98,00	54,00	27,15
Ich-Durchsetzung, post: ic2	14	6,00	90,00	48,86	23,66
Ich-Durchsetzung, follow-up: ic3	14	13,00	88,00	53,07	23,24
Soziales Engagement, prä: so1	14	4,00	96,00	57,14	33,06
Soziales Engagement, post: so2	14	8,00	96,00	45,57	31,78
Soziales Engagement, follow-up: so3	14	2,00	96,00	49,14	33,47
Selbstüberschätzung, prä: su1	14	3,00	91,00	38,36	29,94
Selbstüberschätzung, post: su2	14	8,00	80,00	45,36	22,99
Selbstüberschätzung, follow-up: su3	14	8,00	91,00	52,71	25,10
Impulsivität, prä: im1	14	13,00	98,00	63,07	26,23
Impulsivität, post: im2	14	5,00	100,00	60,93	30,94
Impulsivität, follow-up: im3	14	17,00	98,00	56,79	30,79
Selbstaufwertung, prä: sa1	14	13,00	99,00	58,07	25,75
Selbstaufwertung, post: sa2	14	17,00	96,00	72,72	20,11
Selbstaufwertung, follow-up: sa3	14	27,00	97,00	70,43	23,07
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	14	2,00	92,00	38,64	29,86
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	14	8,00	99,00	50,14	33,81
Unterlegenheitsgefühl, follow-up: un3	14	2,00	100,00	38,36	36,27

Der Vergleich der Mittelwerte zeigte folgende signifikanten Veränderungen:

**Tab. 11:** Innersubjektfaktoren, *Selbstaufwertung*

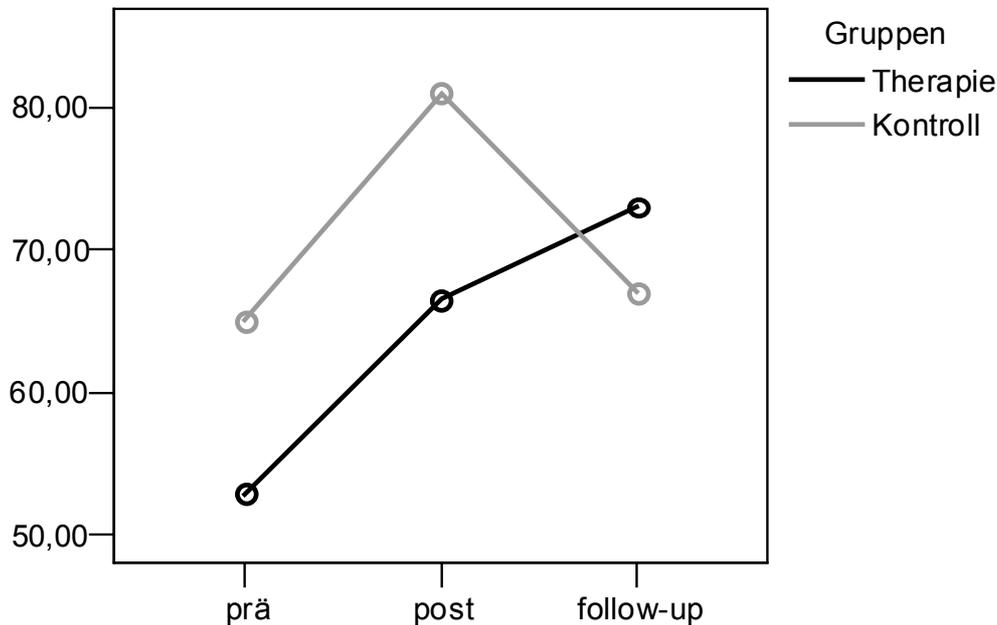
Faktor1	Abhängige Variable	Entsprechung
1	sa1	Selbstaufwertung, prä
2	sa2	Selbstaufwertung, post
3	sa3	Selbstaufwertung, follow-up

**Tab. 12:** Tests der Innersubjektkontraste, *Selbstaufwertung*

Quelle	Faktor1	Df	Mittel d. Quadrate	F	Sig.
Faktor1	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	3009,054	5,456	,038
	Stufe 2 gegen Stufe 3	1	192,857	,600	,454
Faktor1 * Gruppen	Stufe 1 gegen Stufe 2	1	19,339	,035	,855
	Stufe 2 gegen Stufe 3	1	1440,857	4,479	,056
Fehler (Faktor1)	Stufe 1 gegen Stufe 2	12	551,490		
	Stufe 2 gegen Stufe 3	12	321,667		

Die Selbsteinschätzung der Gesamtgruppen ohne Schulwechsel veränderte sich signifikant ( $p=0,038$ ) innerhalb der Prozenträge der Itemgruppe SB4: *Egozentrische Selbstgefälligkeit* (Selbstaufwertung, Selbstüberschätzung, Selbstbeschönigung), im Folgenden kurz *Selbstaufwertung* genannt.

### Veränderungen zum Faktor 'Selbstaufwertung' bei Probanden ohne Schulwechsel



**Abb. 6:** Diagramm zu Veränderungen des Faktors 'Selbstaufwertung' bei Probanden ohne Schulwechsel

Die links in **Diagramm 4** angegebenen Prozenträge mit dem Ideal von 50% als untersten Wert verdeutlichen, dass die Werte der Therapiegruppe schwach signifikant ( $p=0,056$ ) von denen der Kontrollgruppe abweichen, indem erstere ihre Selbstaufwertung auch nach der Therapie noch intensivierten, während die Kontrollgruppe in etwa auf das anfängliche Maß zurückfiel

Die übrigen Faktoren änderten sich nach einem Vergleich der Veränderungen – bezogen auf den Idealwerte – zu keinem Zeitpunkt überzufällig unterschiedlich, weder für die Therapie- und Kontrollgruppe noch für die Gruppen mit oder ohne Schulwechsel.

## 6 DISKUSSION

Die Stichprobe bestand aus Kindern mit ADS in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV) an Sonderschulen für Erziehungshilfe, bei denen zu drei Zeitpunkten psychologische Tests durchgeführt wurden: *Prä* (vor der Intervention) *post* (anschließend an die Interventionsphase) und *follow-up* (sechs Monate nach der Intervention).

In beiden Schulen wurde jeweils eine Therapie- und eine Kontrollgruppe gebildet, und die Ergebnisse der psychologischen Tests beider Schulen wurden zusammengefasst analysiert.

### 6.1 DISKUSSION DER TESTERGEBNISSE

Die untersuchten Hypothesen,

- a) dass die Gruppe der therapierten Probanden im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant größere Fortschritte bei der Reduzierung der Kernsymptome machen würde, und
- b) dass die Therapiegruppe ihre Persönlichkeitsstruktur positiv verändern könnte, gemessen an der Eichstichprobe eines standardisierten Persönlichkeitsfragebogens,

können eingeschränkt beibehalten werden, weil sich

- a) ein Kernsymptom signifikant bei der Therapiegruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe verbesserte und
- b) bei einem Faktor des Persönlichkeitstests signifikante Veränderungen der Therapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe gemessen wurden.

Diskussionseinleitend wird Bezug genommen auf die Konstellation der untersuchten Gruppen.

Die Therapiegruppe bestand zu einem großen Teil aus Probanden, deren Eltern schnell mit der Therapie einverstanden waren, und die sich als erste zur Therapie

bereit erklärt hatten, was auf ein entsprechendes Motivationsniveau aufgrund eines besonderen Dringlichkeitsbedürfnisses und einer analogen Symptomstärke hinweisen könnte. Die Kontrollgruppe definierte sich dem gemäß durch eine Warteliste der später angemeldeten.<sup>610</sup> Dennoch entsprechen sich beide Gruppen in etwa bzgl. ihrer Ausprägung der Symptomatik, wie es die im Anhang aufgeführte **Kriterien-Tabelle**<sup>611</sup> dokumentiert.

	unaufmerksam	hyperaktiv	impulsiv		unaufmerksam	hyperaktiv	impulsiv		unaufmerksam	hyperaktiv	impulsiv	
	Kriterien mind. 6	Kriterien mind. 3	Kriterien mind. 1		Kriterien mind. 6	Kriterien mind. 3	Kriterien mind. 1		Kriterien mind. 6	Kriterien mind. 3	Kriterien mind. 1	
	PRÄ	PRÄ	PRÄ		POST	POST	POST		FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	
Proband 1	8	3	2	alle erfüllt	6	1	3	teilweise	8	3	4	alle erfüllt
Proband 2	6	6	3	alle erfüllt	7	7	1	alle erfüllt	4	6	0	teilweise
Proband 5	7	5	3	alle erfüllt	7	1	3	teilweise	3	1	1	teilweise
Proband 6	9	7	4	alle erfüllt	9	7	4	alle erfüllt	9	7	4	alle erfüllt
Proband 9	7	3	3	alle erfüllt	7	0	3	teilweise	5	1	1	teilweise
Proband 10 (E+S)	6	0	0	teilweise	8	0	0	teilweise	5	0	0	gar nicht
Proband 12 (M)	7	6	4	alle erfüllt	5	4	4	teilweise	9	4	3	alle erfüllt
Proband 14	9	6	4	alle erfüllt	2	3	4	teilweise	5	4	4	teilweise
<b>THERAPIE ohne Schulwechsel</b>	7	7	7	7	5	4	7	1	3	5	6	1
Proband 4	8	1	2	teilweise	5	0	1	teilweise	<i>E+S</i> Ergo- und Sprachtherapie <i>M</i> Medikamentöse Therapie <i>VT</i> Verhaltenstherapie <i>VT+M</i> VT und medikamentöse Therapie			
Proband 7	6	1	3	teilweise	5	0	1	teilweise				
Proband 8	7	6	4	alle erfüllt	7	6	4	alle erfüllt				
Proband 11	1	0	4	teilweise	1	0	4	teilweise				
<b>THERAPIE mit Schulwechsel</b>	3	1	4	1	1	1	4	1				
<b>THERAPIEGRUPPE GESAMT</b>	10	8	11	8	6	5	11	2				
	PRÄ	PRÄ	PRÄ		POST	POST	POST		FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	
Proband 15	7	2	1	teilweise	7	2	0	teilweise	6	1	0	teilweise
Proband 16	9	7	4	alle erfüllt	6	6	3	alle erfüllt	9	6	2	alle erfüllt
Proband 18	7	4	4	alle erfüllt	7	2	2	alle erfüllt	7	2	4	teilweise
Proband 19	8	4	3	alle erfüllt	6	3	2	alle erfüllt	7	1	2	teilweise
Proband 20 (VT+M)	0	0	0	gar nicht	1	1	1	gar nicht	0	0	0	gar nicht
Proband 23 (VT)	9	7	4	alle erfüllt	9	7	4	alle erfüllt	9	6	3	alle erfüllt
<b>KONTROLL ohne Schulwechsel</b>	5	4	5	4	5	3	4	3	5	2	4	2
Proband 17	7	4	0	teilweise	9	4	1	alle erfüllt				
Proband 21	5	0	1	teilweise	9	0	0	teilweise				
Proband 24 (VT)	3	4	4	teilweise	9	7	4	alle erfüllt				
<b>KONTROLL mit Schulwechsel</b>	1	2	3	0	3	2	1	0				
<b>KONTROLLGRUPPE GESAMT</b>	6	6	8	4	8	5	5	3				

**Abb. 7:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Tab. 14

Mit dem Vergleich der nach FBB-HKS erfüllten Diagnosekriterien aus der **Kriterien-Tabelle** wird erkennbar, dass die Einschätzung der Lehrerinnen nicht immer mit dem ersten Screening-Instrument, der Diagnose der schulärztlichen Untersuchung, übereinstimmte. Im Besonderen hypoaktive Probanden und solche mit medikamentöser Therapie konnten in der Antinomie ihres störenden Verhaltens, wie es die Lehrerinnen

<sup>610</sup> Diese Zufälligkeit hätte sich möglicherweise auch kritisch auf die Konstellation der Gruppen auswirken können, was unter Umständen durch eine alternierende Zuordnung der Probanden vermieden worden wäre.

<sup>611</sup> Vgl. **Anhang, Tab. 14:** Kriterienerfüllung nach FBB-HKS.

nen bedauernd feststellten, nur ungenügend mit dem Messinstrument bewertet werden.<sup>612</sup> Da jedoch nicht das Maß der Ausprägung diagnostischer Merkmale durch die Lehrerinneneinschätzung, sondern die Veränderung jener festgestellten Kriterien untersucht werden sollte, wurde diesem Aspekt wenig Bedeutung beigemessen, zumal nicht erklärbar war, weshalb die beiden Probanden, denen (zusätzlich) andere Behandlungsmethoden wie medikamentöse, veraltentherapeutische und/oder ergotherapeutische Behandlung zuteil wurden, keinerlei Veränderungen ihrer Kriterien für HKS aufwiesen – weder in der Therapie- noch in der Kontrollgruppe.<sup>613</sup>

Ein nicht zu vernachlässigendes Ergebnis der Auswertung vorliegender Kriterienhäufung ist aber, dass Probanden, denen der Schulwechsel gelang, bei der Prä-Testung überwiegend weniger Kriterien der Kategorie *unaufmerksam* und *hyperaktiv* erfüllten als Probanden, welche nicht wechseln konnten. Demzufolge wären die bei den Probanden ohne Schulwechsel verstärkter auftretenden Symptome, insbesondere Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, hinderlicher für den Wechsel in eine weiterführende Schule als das Symptom der Impulsivität. Aufgrund der geringen Anzahl an Probanden kann diese Annahme nicht als generalisierbar angenommen werden, bekräftigt aber die Aussagen vom Lempp zum Verhältnis von Schulsystem und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen.<sup>614</sup>

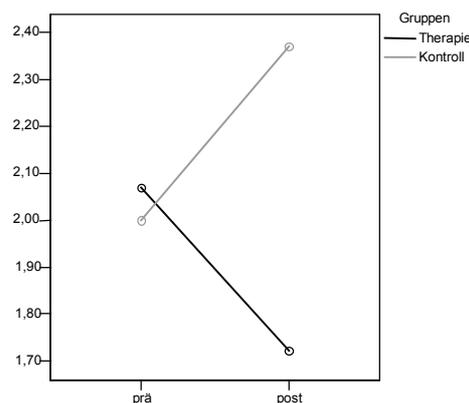


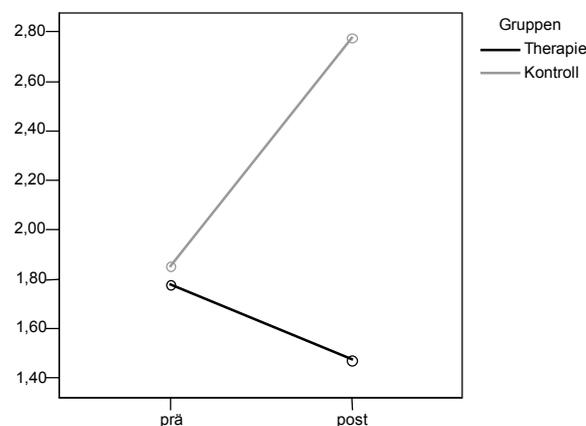
Abb. 8: Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 1

<sup>612</sup> Bei den Schülern mit medikamentöser Behandlung waren die Symptome Impulsivität, Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit nach Aussage der Lehrerinnen kaum vorhersehbar. Während meistens die Symptome mit dem Aufhören der Tablettenwirkung wieder einsetzten, brachen sie bisweilen unvermittelt durch.

<sup>613</sup> Vgl. **Anhang, Tab. 14**: Kriterienerfüllung nach FBB-HKS.

<sup>614</sup> Vgl. Lempp (1981), S. 22.

Bzgl. der signifikant ( $p=0,046$ ) unterschiedlichen Veränderung<sup>615</sup> des Symptoms Unaufmerksamkeit im Vergleich der Gesamttherapie- mit der Gesamtkontrollgruppe und hinsichtlich der Verschlechterung dieses Symptoms bei der Kontrollgruppe mochte auch das reizintensive Setting der Sonderschulen für Erziehungshilfe begünstigend gewirkt haben. Insbesondere der Lärmpegel und die Impulsivität der KlassenkameradInnen erschwert es leicht ablenkbaren Kindern mit ADS, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren. Entsprechend wäre die trimodale Intervention eine störungsrelativierende Maßnahme gewesen und könnte risikomindernd<sup>616</sup> auf die Verstärkung des Symptoms gewirkt haben.



**Abb. 9:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 2

Auch die Probanden mit Therapie, welche die Schule im Anschluss an die Intervention wechselten, verbesserten gegenüber den Probanden mit Schulwechsel aus der Kontrollgruppe signifikant ( $p=0,046$ ) ihre Aufmerksamkeit.<sup>617</sup> Dass die Schulwechsler ohne kunsttherapeutische Behandlung in selben Zeitraum sogar unaufmerksamer wurden könnte auf eine erhöhte Belastung im Zuge des bevorstehenden Schulwechsels hindeuten. Demnach hätte sich auch in diesem Falle die Intervention als Schutzfaktor<sup>618</sup> ausgewirkt.

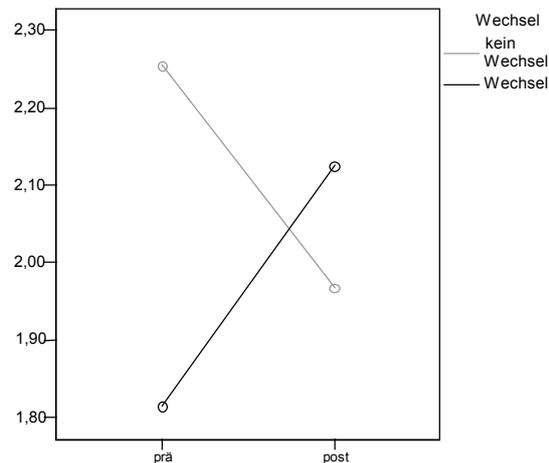
<sup>615</sup> Vgl. **Abb. 1:** Diagramm zu FBB-HKS – ‚unaufmerksam‘ – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit und ohne Schulwechsel.

<sup>616</sup> Vgl. Petermann et al. (2004), S. 343 ff.

<sup>617</sup> Vgl. **Abb. 2:** Diagramm zu FBB-HKS – ‚unaufmerksam‘ – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe mit Schulwechsel.

<sup>618</sup> Vgl. Petermann et al. (2004), S.344 ff.

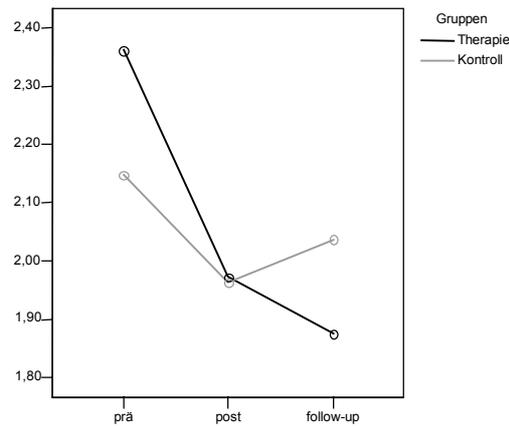
Wie oben angedeutet schienen Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität (erstere in möglicherweise geringerem Maße als die zweite) die Fähigkeit zum Schulwechsel negativ zu beeinflussen, sodass eine Verbesserung in diesem Bereich einen Wechsel fördern kann.



**Abb. 10:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 3

Die Gesamtgruppe der Schulwechsler veränderte jedoch ihre Aufmerksamkeit signifikant unterschiedlich ( $p=0,023$ ) im Vergleich zur Gruppe der Nicht-Wechsler.<sup>619</sup> Die Schüler, die auf der Sonderschule verblieben, verbesserten in der Zeitspanne der Intervention ihre Aufmerksamkeit, während die Probanden denen der Schulwechsel bevorstand, hinterher als unaufmerksamer beurteilt wurden. Dies könnte als weiteres Indiz dafür gelten, dass der Faktor Unaufmerksamkeit vermutlich weniger relevant für einen Schulwechsel ist als der Einflussfaktor Hyperaktivität. Das Ergebnis mag sich teilweise mit gehobenen Ansprüchen und Erwartungen der Lehrerinnen gegenüber der Schüler, welche die Schule wechseln sollten, erklären. Daneben deutet es evtl. auf nachlassendes Bemühen der Schulwechsler und vermehrte Anstrengung der Nicht-Wechsler mit dem Wunsch nach einem Schulwechsel hin.

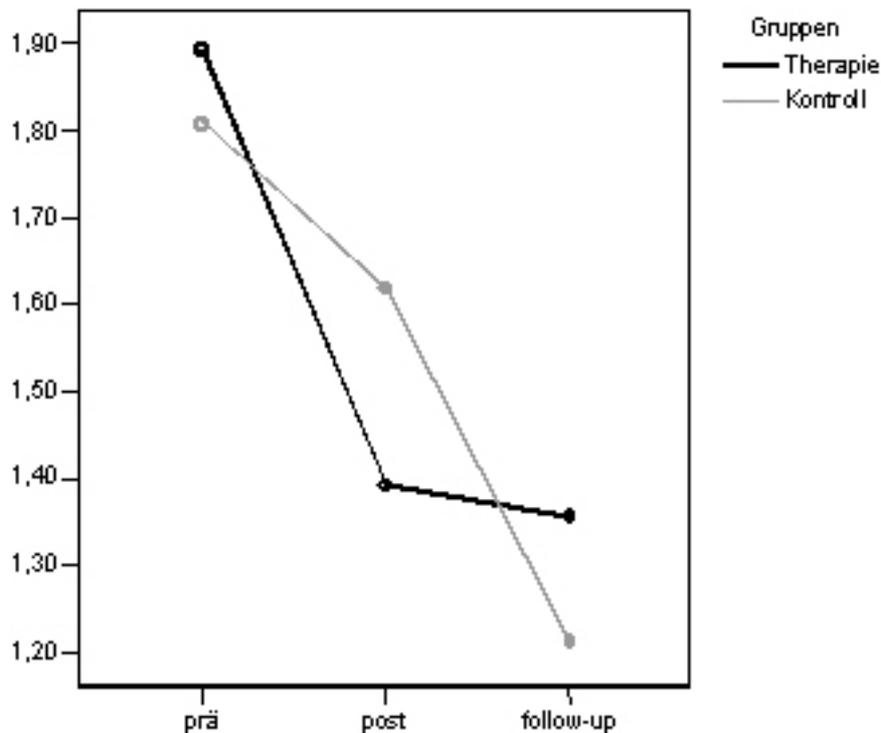
<sup>619</sup> Vgl. **Abb. 3:** Diagramm zu FBB-HKS – ‚unaufmerksam‘ – Veränderungen im Prä-Post-Vergleich der Gesamtgruppen mit und ohne Schulwechsel.



**Abb. 11:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 4

Die letzte Annahme wird gestützt durch die signifikante Verschlechterung der Aufmerksamkeit von Probanden der Kontrollgruppe nach der Bekanntgabe, dass die Wartelistengruppe nicht mehr therapiert würde.<sup>620</sup> Eine mögliche Frustration der Probanden durch den ausgebliebenen und evtl. erhofften Schulwechsel sowie die enttäuschte Hoffnung auf eine Einzelzuwendung in Form von Therapie als repressive Faktor könnten ebenfalls Ursache für die Verschlechterung gewesen sein. Dies wiederum würde bedeuten, dass die Probanden der Therapiegruppe ihre Frustrationstoleranz erhöht hätten, da sie ihre Unaufmerksamkeit auch nach der Intervention noch reduzieren konnten.

<sup>620</sup> Vgl. **Abb. 4:** Diagramm zu FBB-HKS – ‚unaufmerksam‘ – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Therapie- und Kontrollgruppe ohne Schulwechsel.



**Abb. 12:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 5

Die Therapiegruppe konnte während der Intervention nach Einschätzung der Lehrerinnen mittels **FBB-HKS** gegenüber der Kontrollgruppe leichte Verminderungen der Hyperaktivität verzeichnen.<sup>621</sup> Der Entwicklungsvorsprung wurde nach der Intervention von der Kontrollgruppe relativiert. Dies wäre möglicherweise erklärbar mit dem *Auswachsen* der hyperkinetischen Phänomene.<sup>622</sup> Dass die Gruppe der therapierten Probanden ihre Hyperaktivität nicht schneller verringert als die Kontrollgruppe, könnte eventuell ein Hinweis darauf sein, dass die Intervention alleine nicht nachhaltig vor der Unruhe im spannungsreichen Umfeld schützte. Damit wäre einerseits Eiserts<sup>623</sup> Appell an die Veränderung der Umwelt bekräftigt, andererseits könnte hiermit darauf hingewiesen sein, dass die Intervention zu früh beendet wurde und es zur Festigung der Strukturen noch weitere Therapiestunden bedurft hätte. Dieser Erklärungsversuch wird durch die Bildverläufe untermauert.<sup>624</sup>

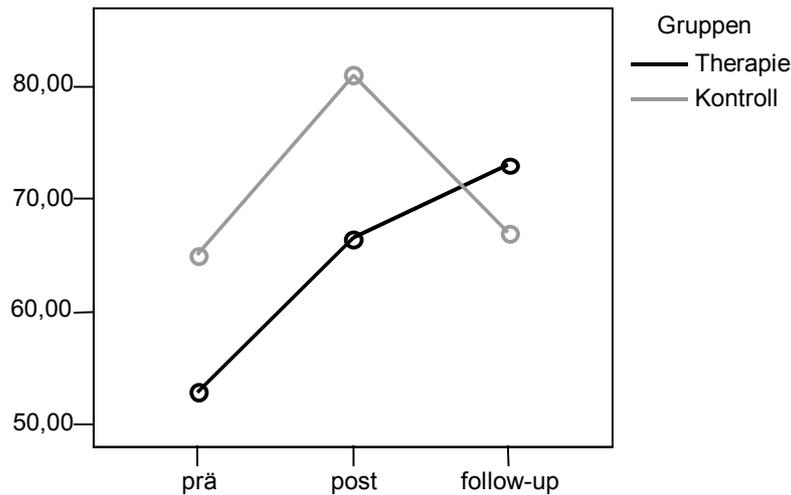
<sup>621</sup> Vgl. **Abb. 5:** Diagramm zu FBB-HKS – ‚hyperaktiv‘ – Veränderungen im Prä-Post-Follow-Up-Vergleich der Gruppen ohne Schulwechsel.

<sup>622</sup> Zum Phänomen des Auswachsens vgl. Quaschner (2000), S. 145.

<sup>623</sup> Vgl. Eisert (1988), S. 80.

<sup>624</sup> Vgl. Kap. 4.2.3.5 Intervention.

Bezogen auf die untersuchte Gruppe von Probanden scheint demzufolge die Wirkung der Intervention auf die Symptome Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität symptom mindernd gewesen zu sein. Dies kann als Hinweis darauf erachtet werden, dass die kunsttherapeutische Intervention förderlich für einen Wechsel zu einer weiterführenden Schule war.



**Abb. 13:** Verkleinerte Übersichtsskizze von Abb. 6

In Anbetracht dessen, dass sich die Testergebnisse des **FBB-SSV** innerhalb der Gruppen nicht nur nach Therapie- und Kontrollgruppe, sondern auch in den Kategorien *mit-* und *ohne Schulwechsel* nicht signifikant unterschieden, scheinen weder die Therapie noch der bevorstehende Schulwechsel auf die Lehrerinneneinschätzung der Störung des Sozialverhaltens Einfluss genommen zu haben.

Für die Testergebnisse des **PFK 9-14** waren lediglich bei den Werten *Selbstaufwertung* signifikante Veränderungen im Zeitraum vor und unmittelbar nach der Therapiephase auszumachen. Wie in der Darstellung des PFK 9-14 in Kap. 7.2 zitiert, kann vonseiten der Autoren des Tests zu diesem Wert des PFK 9-14 keine prognostische Aussage getroffen werden. Wenn dieser Faktor als extravertiertes Selbstvertrauen interpretiert wird, kann erwägt werden, dass die als Warteliste definierte Kontrollgruppe in der Hoffnung auf einen Therapieplatz verstärkt Selbstzufriedenheit entwickelte, diese jedoch mit der Enttäuschung über die nicht zustande gekommene Intervention wieder verlor. Parallel dazu wäre die Selbstaufwertung der Therapiegruppe

---

als Folge therapeutisch aufgebauten Selbstvertrauens zu interpretieren, das sich auch in den sechs Monaten nach der Therapie erhalten und weiter ausbauen konnte.

Dazu passt, dass das Erleben von Wirkmächtigkeit, wie es innerhalb der kunsttherapeutischen Maßnahme gefördert wurde, eine Steigerung des Selbstwertgefühls nach sich zieht. Um der Tendenz der Extraversion entgegen zu wirken, wäre die Fortführung der beruhigenden und introversiv förderlichen Konzentrations-<sup>625</sup> und Atemübungen<sup>626</sup> ratsam.

Die Einschätzung von Verhaltensveränderungen der Probanden durch die Lehrerinnen und die Therapeutin betreffend können zusammenfassend drei signifikante Veränderungen ausgemacht werden:

- Die gesteigerte Aufmerksamkeit,
- die geminderte Hyperaktivität und
- die verstärkte Selbstaufwertung

der Therapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe im Anschluss an die kunsttherapeutische Maßnahme.

Demnach scheint diese Form der kunsttherapeutischen Intervention in Kombination mit Atem- und Konzentrationsübungen eine sinnvolle Fördermaßnahme für Kinder mit ADS in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV) insbesondere an Sonderschulen für Erziehungshilfe zu sein.

## **6.2 DISKUSSION ZUR BEDEUTUNG VON PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG**

„Eine allgemeinverbindliche Methodik zur Evaluation (Bewertung) von sozialpolitischen oder auch psychotherapeutischen Maßnahmen existiert nicht – mit jeder Evaluationsstudie wird immer ein Stück Neuland betreten, auch in methodischer Hinsicht.“<sup>627</sup>

---

<sup>625</sup> Vgl. Lazar et al (2000), S. 1582 ff.; Davidson et al. (2003), S. 7 f.; Kabat-Zinn et al. (2003), S. 10.

<sup>626</sup> Vgl. Fried (1987), S. 276; Clark/Hirschman (1990), S. 278.

<sup>627</sup> Rüger (1999), S. 56

---

Siegfried Zepf und Sebastian Hartmann stellten die Möglichkeit eines tatsächlich wissenschaftlichen Vorgehens bei der Überprüfung von Psychotherapie zum Zwecke der wissenschaftlichen Anerkennung per se in Frage.<sup>628</sup> Die Autoren bezweifelten die Sinnhaftigkeit der zwecknotwendigen Generalisierungen therapeutischer Bestimmungsmomente. Das reine Realisieren des behaupteten Zusammenhangs zwischen Störungsbildern, Therapieverfahren und Besserung zur Evaluation einer Hypothese führten Zepf und Hartmann für psychotherapeutische verglichen mit naturwissenschaftlichen Verfahren ad absurdum.<sup>629</sup> Sie rieten zur Verabschiedung von der nomologischen Forschungslogik und setzten fest:

„Wenn sich die Evaluationsergebnisse zu lerntheoretischen bzw. psychodynamischen Kriterien in Beziehung setzen lassen, wäre wenigstens eine Voraussetzung eingelöst, um die Behandlung einer bestimmten psychischen Störung mit einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren einer wissenschaftlichen Begründung im Ansatz zu erfüllen.“<sup>630</sup>

Achim Kraul widmete sich außerdem der Frage nach welchen Werten eine Therapieform als effektiv beurteilt und ausgewählt werden sollte und stellte die unterschiedlichen Wertelehren, in denen die vier großen Therapierichtungen Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, humanistische und systemische Therapie wurzeln, vergleichend nebeneinander.<sup>631</sup> Kraul kam mit David E. Orlinsky<sup>632</sup> zu dem Schluss, dass eine gute Therapeutin über Einblicke in viele individuelle Behandlungsmöglichkeiten und integrative Verfahrensmöglichkeiten verfügen sollte.

„Wenn Behandlungsmodelle wirkungsvoll sein sollen, müssen sie zu den persönlichen und berufsbezogenen Merkmalen des Therapeuten passen, wobei jene Modelle, mit denen der Therapeut am effektivsten arbeitet, vermutlich auch gut miteinander vereinbar sind.“<sup>633</sup>

Zur Kontroverse über die Vergleichbarkeit von Therapieformen, die Saul Rosenzweig 1936 zu beenden versuchte, als er im Untertitel seines Artikels zur Diskussion psy-

---

<sup>628</sup> Vgl. Zepf/Hartmann (2002), S. 278 ff.; Kriz (1999), S. 280.

<sup>629</sup> Vgl. Zepf/Hartmann (2002), S. 281.

<sup>630</sup> Zepf/Hartmann (2002), S. 283.

<sup>631</sup> Vgl. Kraul (1998), S. 34 ff.

<sup>632</sup> Vgl. Orlinsky (1999), S. 39 ff.

<sup>633</sup> Orlinsky (1999), S. 41. Vgl. Orlinsky et al. (1994), S. 360.

---

chotherapeutischer Methoden das Zitat des Dodo aus Lewis Carrolls Alice im Wunderland anführte, wonach alle gewonnen haben und jeder einen Preis erhält konnte bislang kein Konsens gefunden werden.<sup>634</sup>

Rosenzweig wollte ergründen, warum verschiedene therapeutische Methoden mit unterschiedlichsten Therapierationalen bei ähnlichen Störungen halfen. Er erklärte sich die generelle Wirkung mit

- den allen Therapien implizierten Wirkfaktoren wie die Persönlichkeit des guten Therapeuten,
- dem formellen Konzept therapeutischer Ideologie als Basis der Reintegration,
- der alternativen Formulierung psychologischer Ereignisse und deren Interdependenz mit der persönlichen Organisation des Patienten.<sup>635</sup>

Lester Luborsky et al.<sup>636</sup> fanden es 1975 bei der vergleichenden Untersuchung der Wirkfaktoren unterschiedlicher Therapieverfahren ebenfalls diffizil, die Vorzüge bestimmter Therapieformen vor anderen als statistisch signifikant zu erkennen, obwohl sie gewisse therapeutische Ansätze als besser geeignet für bestimmte Probleme ansahen. Die Autoren erachteten letzten Endes alle Therapieformen als gleich effektiv und konkludierten, Aufgabe der Psychotherapieforschung müsse es sein, die Effizienz bestimmter Ansätze zu ausgewählten Behandlungsgebieten zu untersuchen.

Das Dodo-Verdikt, wonach alle Therapieformen, ungeachtet ihres Erprobungszeitraumes und ihrer Wirkweisen und -ziele als gleich gut geeignet erlassen werden müssten, war somit beschrieben – nur blieb die Frage, wer die Preise stiften sollte, ergo die Rechnung für die Therapie.<sup>637</sup>

Trotz endloser Kontroversen<sup>638</sup> über Motivation und Methodik von Psychotherapieforschung ist in Anbetracht des enormen therapeutischen Angebots die Notwendig-

---

<sup>634</sup> Vgl. Rosenzweig (1936), S. 412; Carroll (2000), S. 35.

<sup>635</sup> Vgl. Rosenzweig (1936), S. 415.

<sup>636</sup> Vgl. Luborsky et al. (1975), S. 1005.

<sup>637</sup> Vgl. Kriz (1999), S. 274 f.

<sup>638</sup> Vgl. Tschuschke et al. (1998), S. 441 ff; Grawe (1998), S. 447; Hager et al. (1999), S. 239; Schauenburg (2000), S. 380; Strauß (2001), S. 426.

---

keit der evaluierenden Beurteilung von Interventionen unbestreitbar. Es bleibt herauszufinden, welche Evaluierung welcher Methode am ehesten gerecht wird.

Auch gälte es, das Interesse der Forschung weg vom konkurrierenden Vergleich hin zum qualitativ charakterisierenden Vergleich zu lenken,<sup>639</sup> sodass sich die Ergebnisse nicht darauf bezögen, ob eine Therapieform besser als eine andere wirkt, sondern wie sie unter welchen Bedingungen wirken kann.

---

<sup>639</sup> Zur Betonung der Konkurrenz psychologischer Ansätze innerhalb von Effektivitätsstudien vgl. Schauenburg (2000), S. 381; Strauß (2001), S. 428.

---

## 7 FAZIT

Mit dieser Studie wurde der Versuch unternommen, eine heilpädagogische Form der Kunsttherapie in Kombination mit Atem- und Konzentrationsübungen bzgl. ihrer Effizienz bei ADS zu untersuchen. In jenem Bestreben, wurde erstmals eine Gruppe von erziehungsschwierigen Sonderschülern mit dem Störungsbild ADS und SSV kunsttherapeutisch behandelt und vorher, nachher sowie sechs Monate später psychologisch getestet.

Obgleich zunächst eine randomisierte Studie entworfen worden war, dominierten die Alltagsbedingungen des untersuchten Klientels im Nachhinein doch dergestalt, dass die Studie letzten Endes eher der von Klingberg<sup>640</sup> geforderten Phase IV zuzuordnen ist: Als Anwendungsstudie unter Routinebedingungen mit Anwendungsbeobachtungen unter zunehmend naturalistischen Bedingungen.

Zusammenfassend konnte mit Hilfe der psychometrischen Tests eine überzufällige Reduzierung der Hyperaktivität, eine Steigerung der Aufmerksamkeit und der Selbstüberzeugung festgestellt werden. Diese Fortschritte werden im Zusammenhang mit der im Zuge der bildnerischen Entwicklung sichtbar gewordenen Einsicht in die eigenen Bedürfnisse und der im therapeutischen Prozess verbesserten Fähigkeit zur Bedürfnisbefriedigung und der Ermöglichung von Entspannung durch die angewandten Atem- und Konzentrationsübungen gesehen.

Aufgrund der bildnerisch-interpretatorischen und der statistisch-rechnerischen Ergebnisse kann zudem die Aussage getroffen werden, dass die Therapiegruppe während der Intervention klare Fortschritte machte, und dass sie im Vergleich zur Kontrollgruppe erhebliche Verbesserungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Selbstaufwertung erarbeitete.

So ist abschließend festzustellen, dass Kunsttherapie nach Limberg in Kombination mit tiefer Atmung und Meditation innerhalb eines Schuljahres bei durchschnittlich 17,3 Sitzungen zwei der drei Kernsymptome des ADS bei Probanden mit einer Stö-

---

<sup>640</sup> Vgl. Buchkremer/Klingberg (2001), S. 28.

---

nung des Sozialverhaltens nachweislich reduzierte. Ungeachtet der letztendlich kaum zu unterscheidenden spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren<sup>641</sup> wurden die

- Fortschritte aufweisenden Bildergebnisse,
- die Veränderungen aufzeigenden Testwerte und
- die positiven Rückmeldungen von therapierten SchülerInnen und deren LehrerInnen

als Hinweise auf eine plausible Wirkung der Intervention betrachtet.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine isolierte Evaluation<sup>642</sup> handelt, kann anhand dieser Stelle keinerlei Aussage darüber getroffen werden, ob Kunsttherapie nach Limberg, wie sie hier angewandt wurde, vergleichbar gut wirkt wie eine andere in Kap. 2 vorgestellte Therapieform.

Um eine zu verallgemeinernde Aussage in Form von „Wenn menschliche Individuen mit diesen bestimmten Störungsbildern mit dieser Therapie behandelt werden, bessern sich die Störungsbilder“<sup>643</sup> treffen zu können, bedarf es weiterer Forschung mit größeren Probandengruppen. Überdies könnten zusätzlich differenzierende psychologische Tests Aufschluss geben über Veränderungen innerhalb verschiedener Formen von Aufmerksamkeit, unterschiedlicher Ausprägungen von Hyperaktivität und eventuell zu Facetten des Selbstbildes.

Angesichts ihrer Störung ist es Kindern mit ADS kaum möglich Außenreize zu selektieren, und sie erleben das durchschnittliche Maß an Aufmerksamkeit, das ihnen in Kindergarten und Schule zuteil werden kann, als unbefriedigend. Aber im geschützten Rahmen des therapeutischen Settings können auch Kinder mit ADS lernen, sich zu konzentrieren und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen. Um den Lernerfolg der Kinder dagegen dauerhaft zu machen, ist es notwendig, auch das Bewusstsein der Bezugspersonen für eine Veränderung zu öffnen bzw. eine solche zu ermöglichen. Hierzu bedarf es der supervidierenden Beratung der LehrerInnen oder ErzieherInnen und vor allem einer Eltern-Beratung bzw. –Therapie. Ob und inwiefern welche Medika-

---

<sup>641</sup> Zur Differenzierung einzelner Wirkfaktoren wäre ein vergleichendes Design bei weiterführenden Forschungen angeraten.

<sup>642</sup> Vgl. Hager et al. (1999), S. 235.

<sup>643</sup> Zepf/Hartmann (2002), S. 279

---

mente therapieunterstützend eingesetzt werden, muss im Einzelfall und nach Abwägung der Nutzen-Risiko-Effekte entschieden werden.

Im Falle von ADS zeigen uns die betroffenen Kinder, dass sie nicht quantitativ mehr, sondern qualitativ andere Aufmerksamkeit brauchen. Diese Anforderung bedeutet für Angehörige zunächst eine Überforderung, weshalb ärztliche und therapeutische Hilfe gesucht wird.

Als TherapeutInnen verfügen wir über die Mittel, die Wahrnehmung der Kinder als auch die ihrer Bezugspersonen zu verändern. Es gilt im Zusammenhang mit der multifaktorellen und multikausalen Störung ADS diese Mittel methodenübergreifend zu kombinieren und multimodale Ansätze zu verfolgen, um positive Veränderungen zu ermöglichen.

Solange wir hingegen prinzipiell darum bemüht sind, gegen Krankheiten anzukämpfen und sie schnellstmöglich zu eliminieren, werden wir die Möglichkeiten, die sie uns offenbaren, weder wahrnehmen noch nutzen können. Jede Störung unseres gewohnten und erwarteten Alltags birgt eine Chance auf Veränderung. Es gilt, diese Chance zu entdecken und nutzbar zu machen und nicht dagegen anzukämpfen.

# ANHANG

## ABBILDUNGEN

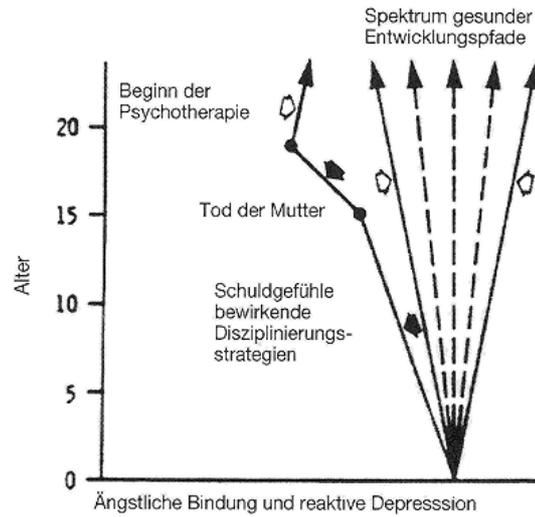


ABBILDUNG 1

*Zu ängstlicher Bindung und Depression führender Entwicklungspfad*

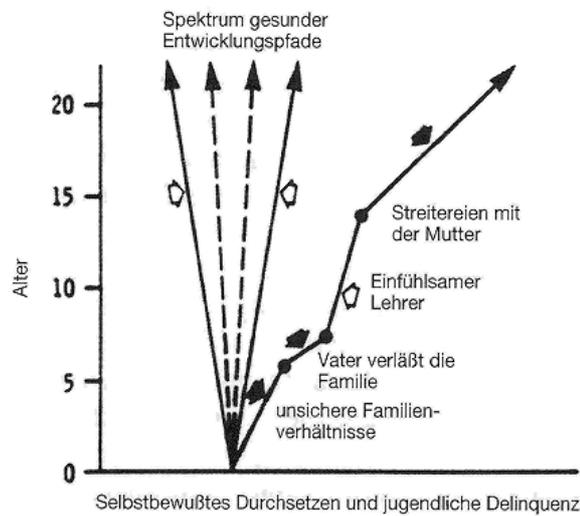


ABBILDUNG 2

*Zu Feindseligkeit und Delinquenz führender Entwicklungspfad*

**Abb. 14:** Entwicklungspfade nach Bowlby<sup>644</sup>

<sup>644</sup> Bowlby (1995), S. 157.

## Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher: FBB-HKS

Name des Kindes / Jugendlichen: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	Alter: <u>9</u>	Datum: <u>22.11.02</u>								
beurteilt von: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input checked="" type="checkbox"/> Lehrer(in) <input type="checkbox"/> Erzieher(in) <input type="checkbox"/> Anderem: Name: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>			Wie zutreffend ist die Beschreibung?		Wie problematisch erleben Sie das Verhalten?					
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung - <u>zuerst</u> die Zahl an, die angibt, <u>wie zutreffend</u> die Beschreibung für das Kind / den (die) Jugendliche(n) ist - und <u>danach</u> die Zahl, die angibt, <u>wie problematisch</u> Sie dieses Verhalten erleben.			gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
			0	1	2	3	0	1	2	3
01. Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
02. Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).			0	1	<del>2</del>	3	0	1	<del>2</del>	3
03. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
04. Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
05. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
06. Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muß (z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
07. Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).			0	<del>1</del>	2	3	0	<del>1</del>	2	3
08. Läßt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
09. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergeblich (z.B. vergißt Schulsachen oder Kleidungsstücke).			0	<del>1</del>	2	3	0	<del>1</del>	2	3
10. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
11. Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
12. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.			0	<del>1</del>	2	3	0	<del>1</del>	2	3
13. Läuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
14. Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
15. Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
16. Ist häufig "auf Achse" oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
18. Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
20. Redet häufig übermäßig viel.			0	1	2	<del>3</del>	0	1	2	<del>3</del>
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">bitte wenden</div>										

Abb. 15: Vorderseite des FBB-HKS

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher: FBB-SSV				
Name des Kindes / Jugendlichen: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>		Alter: <u>9</u>	Datum: <u>22.11.02</u>	
beurteilt von: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input checked="" type="checkbox"/> Lehrer(in) <input type="checkbox"/> Erzieher(in) <input type="checkbox"/> Anderem:				
Name: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>				
Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung - <u>zuerst</u> die Zahl an, die angibt, <u>wie zutreffend</u> die Beschreibung für das Kind / den (die) Jugendliche(n) ist - und <u>danach</u> die Zahl, die angibt, <u>wie problematisch</u> Sie dieses Verhalten erleben.  Dieser Fragebogen wird zur Beurteilung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Beantworten Sie bitte alle Fragen, auch wenn Ihnen einige Fragen dem Alter des Kindes nicht angemessen erscheinen.			Wie zutreffend ist die Beschreibung?	Wie problematisch erleben Sie das Verhalten?
			gar nicht ein wenig weitgehend besonders	gar nicht ein wenig ziemlich sehr
<b>Teil A:</b>				
01. Hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche.			0 <del>X</del> 2 3	0 <del>X</del> 2 3
02. Wird schnell wütend.			0 <del>X</del> 2 3	0 <del>X</del> 2 3
03. Streitet häufig mit Erwachsenen.			0 1 <del>X</del> 3	0 1 <del>X</del> 3
04. Widersetzt sich häufig aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen.			0 1 2 <del>X</del>	0 1 <del>X</del> 3
05. Ärgert andere häufig absichtlich.			0 1 2 <del>X</del>	0 1 2 <del>X</del>
06. Schiebt häufig die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere.			0 1 2 <del>X</del>	0 1 2 <del>X</del>
07. Ist leicht reizbar oder läßt sich von anderen leicht ärgern.			0 1 <del>X</del> 3	0 <del>X</del> 2 3
08. Ist häufig zornig und ärgert sich schnell.			0 1 <del>X</del> 3	0 1 <del>X</del> 3
09. Ist häufig boshaft oder rachsüchtig.			<del>0</del> 1 2 3	<del>0</del> 1 2 3
A. Bestehen diese in Teil A genannten Verhaltensprobleme seit mindestens 6 Monaten? (Wenn keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)			<del>0</del> nein X ja	
<b>Teil B (wenn nicht bekannt, bitte 0 ankreuzen):</b>				
10. Beginnt mit Geschwistern häufig Streit. (Wenn keine Geschwister, bitte 0 ankreuzen.)			<del>X</del> 1 2 3	<del>X</del> 1 2 3
11. Beginnt mit anderen Kindern häufig Streit.			0 1 2 <del>X</del>	0 1 2 <del>X</del>
12. Bedroht, schikaniert oder schüchtert andere ein.			0 <del>X</del> 2 3	0 <del>X</del> 2 3
13. Quält Tiere.			<del>X</del> 1 2 3	<del>X</del> 1 2 3
14. Lügt oft, um sich Güter oder Vorteile zu verschaffen oder um Verpflichtungen zu entgehen.			0 <del>X</del> 2 3	0 <del>X</del> 2 3
15. Stiehlt heimlich Geld oder Wertgegenstände.			<del>X</del> 1 2 3	<del>X</del> 1 2 3
B. Wie lange bestehen diese in Teil B genannten Verhaltensprobleme? (Wenn keine Verhaltensprobleme vorhanden, diese Frage bitte durchstreichen.)			0 weniger als 6 Monate 1 6 bis 11 Monate <del>X</del> 12 Monate oder länger	
bitte wenden				

Abb. 16: Vorderseite des FBB-SSV

	Antwortseite 1	
	Stimmt	Stimmt nicht
1. Es würde mir schwerfallen, jemanden anzulügen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Wenn ich im Unterricht etwas weiß, dann versuche ich, der (die) Erste zu sein, der (die) sich meldet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich wäre gern öfter allein.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Wenn jemand schwere Sachen trägt, halte ich ihm immer die Tür auf.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich meine, es macht Spaß, Klassensprecher(in) zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Manchmal gebe ich einfach nicht nach, bis ich meinen Willen durchgesetzt habe.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es macht Spaß, irgendwelche Aufgaben gemeinsam mit anderen zu lösen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich wäre a) lieber Lehrer. b) lieber Anführer einer Armee von Soldaten.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
9. Ich mache mich gern über andere lustig.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Ich tue, was meine Eltern sagen, auch wenn ich nicht einsehe, warum ich es machen soll.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Ich mag nicht gern auf kleine Kinder aufpassen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich wäre gern irgendwo ganz allein.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Mit jemandem, der vom Lehrer oder der Lehrerin ausgeschimpft wird, habe ich immer Mitleid.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Ich habe immer gern jemand aus meiner Familie in der Nähe.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn einem anderen etwas gelingt, dann freue ich mich mit ihm.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Es macht mir Spaß, andere zu erschrecken.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Manchmal habe ich schon einem anderen, der mich geärgert hat, etwas nachgeworfen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Spielen macht mir am meisten Spaß, wenn ich mit anderen zusammen spiele.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mit meinen Antworten bin ich in der Schule immer sehr schnell.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Ich könnte eine Spinne anfassen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mo 1 Mo 2 Mo 3 Mo 4 Mo 5 Mo 6  
 Σ 1  2  0  1  2  1  3  
 II. Ordng. 1 0 1 1

Abb. 17: Antwortseite 1 von 4 zu Motive

# Ergebnisblatt 2 Profil-Diagramm für die Einzel-Dimensionen

- Eingetragen sind die auf
- die Gesamtsichprobe
  - das Geschlecht
  - das Alter
  - Geschlecht/Alter
  - die Schulart
  - bezogenen Normwerte

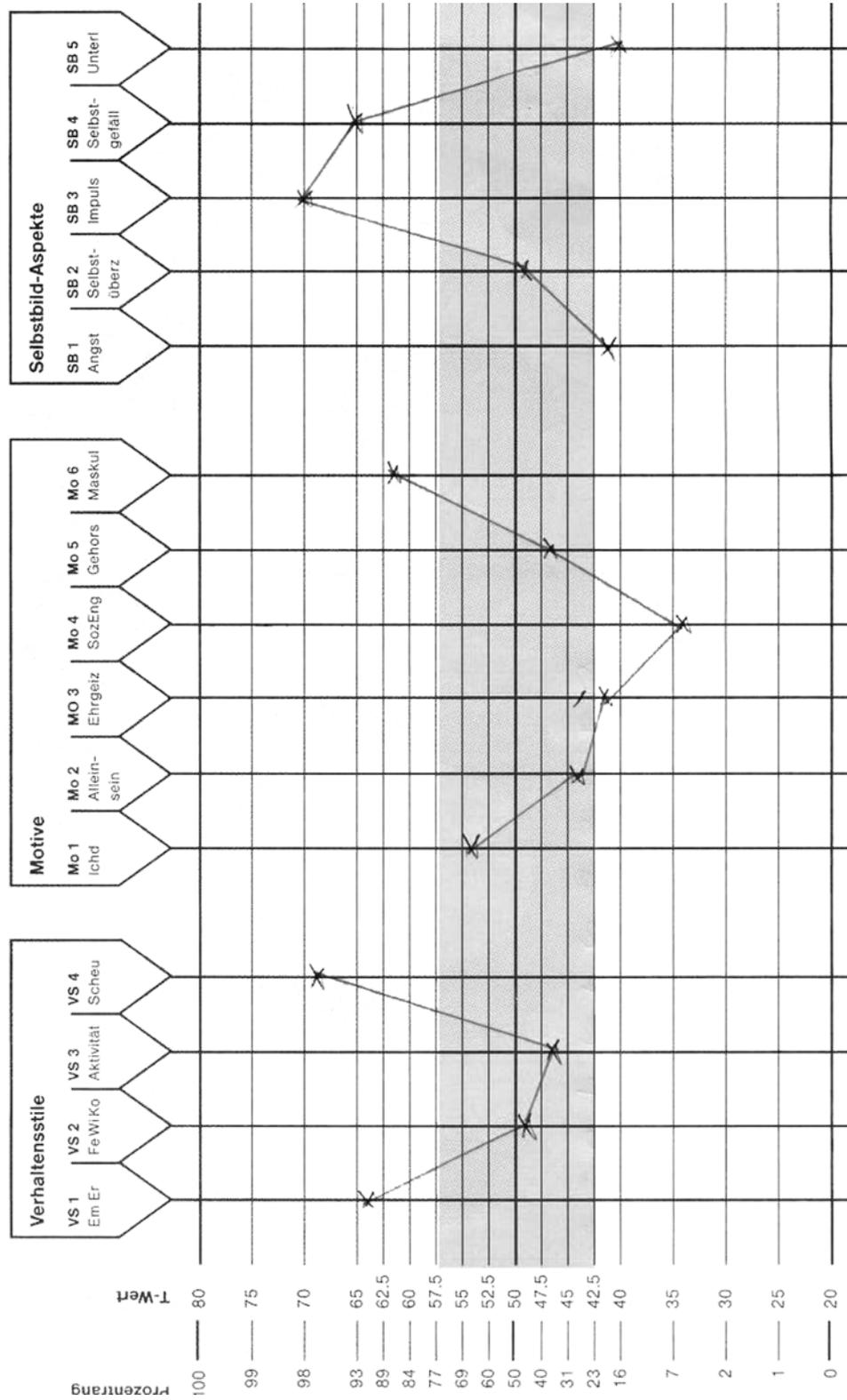


Abb. 18: Ergebnisblatt PFK 9-14

**Aquarelle: Originalgröße jeweils : 17 x 24 cm**

**Abb. 19:** Aquarell 1 – Schnörkelspiel mit Überschneidungen



**Abb. 20:** Aquarell 2 – Schnörkelspiel ohne Überschneidungen



**Abb. 21:** Aquarell 3 – Schnörkelspiel mit Übermalungen



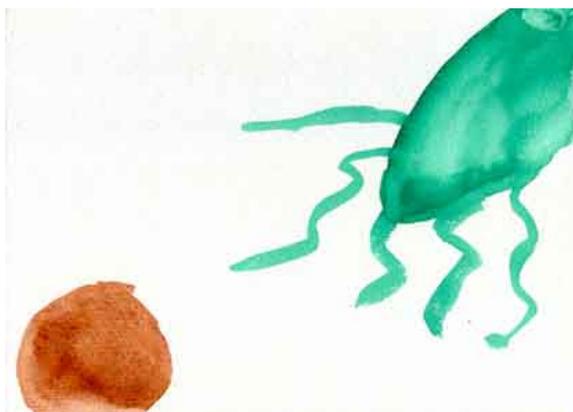
**Abb. 22:** Aquarell 4 – Formenspiel



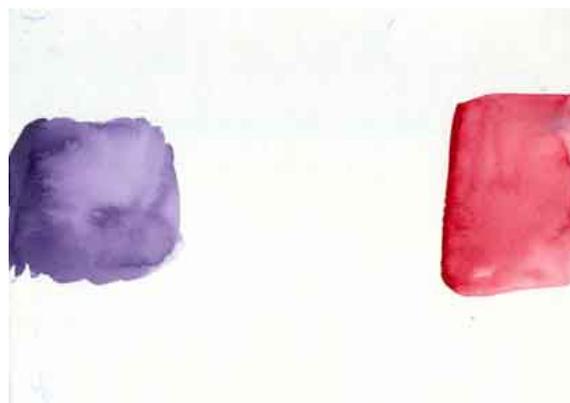
**Abb. 23:** Aquarell 5 – Phantasielandschaft



**Abb. 24:** Aquarell 6 – Tierspiel



**Abb. 25:** Aquarell 7 – Zwei Farben kämpfend



**Abb. 26:** Aquarell 8 – Zwei Farben getrennt



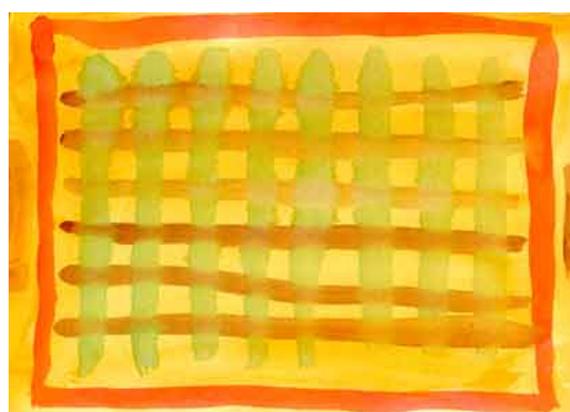
**Abb. 27:** Aquarell 9 – Zwei Farben miteinander



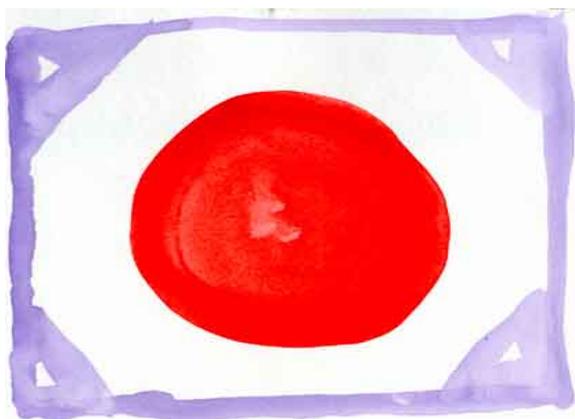
**Abb. 28:** Aquarell 10 – Spiegelbild



**Abb. 29:** Aquarell 11 – Alle Aufgaben in einem Bild



**Abb. 30:** Aquarell 12 – Zwei Aufgaben in einem



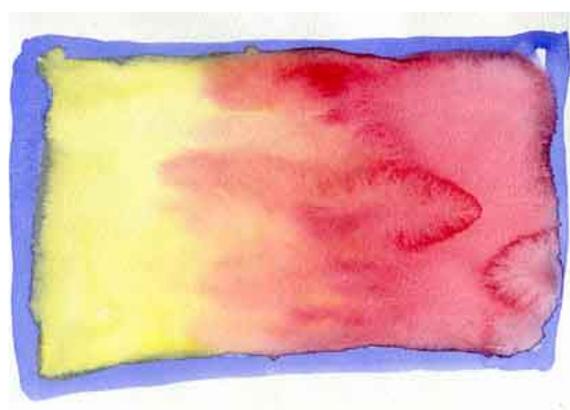
**Abb. 31:** Aquarell 13 – Viereck mit Zentrum



**Abb. 32:** Aquarell 14 – Gerahmtes Viereck



**Abb. 33:** Aquarell 15 – Weißer Rahmen



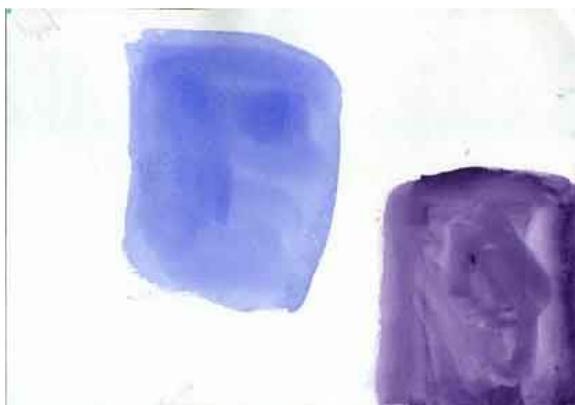
**Abb. 34:** Aquarell 16 – zwei Farben ineinander fließend



**Abb. 35:** Aquarell 17 – Zwei Farben beieinander



**Abb. 36:** Aquarell 18 – Zwei Farben gleich groß beieinander



**Abb. 37:** Aquarell 19 – Zwei Farben getrennt gleich groß



**Abb. 38:** Aquarell 20 – Gelb



**Abb. 39:** Aquarell 21 – Gelb schlafend



**Abb. 40:** Aquarell 22 – Gelb brennend



**Abb. 41:** Aquarell 23 – Zitronengelb mit Goldgelb



**Abb. 42:** Aquarell 24 – Weißes Viereck auf weißem Grund



**Abb. 43:** Aquarell 25 – Zufällig-Konzentrisches Viereck



**Abb. 44:** Aquarell 26 – Gewollt-Konzentrisches Viereck



**Abb. 45:** Aquarell 27 – Konzentrisches Viereck aus Lieblingsfarben



**Abb. 46:** Aquarell 28 – Vierecke mit rotem Streifen



**Abb. 47:** Aquarell 29 – Vierecke mit Gold



**Abb. 48:** Aquarell 30 – Geschützter Mittelpunkt

## TABELLEN

Tab. 13: Schule – Therapie – Testbeteiligung

Schule	Kunsttherapie	Prä- PFK	Post-PFK	Follow-Up-PFK
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	X
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	X
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	X
A	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	X
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	Schulwechsel
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	Schulwechsel
A	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	X	Schulwechsel
B	Kunsttherapie bis Ende der Interventionsphase	X	Weigerung	Schulwechsel
A	Kunsttherapie mit Ergo- und Sprachtherapie (letztlich)	X	X	X
A	Kunsttherapie mit Medikamentierung	X	X	X
A	Kunsttherapie mit revidierter Weigerung	X	X	X
B	Kunsttherapie mit Unterbrechung	X	X	Schulwechsel
A	Kunsttherapie verlängert, Abbruch	X	später	
B	Kunsttherapie Abbruch	X	X	X
B	Kunsttherapie Abbruch	X	X	Schulwechsel
A	Kontrollgruppe mit medikamentöser und Verhaltenstherapie	X	X	X
A	Kontrollgruppe mit Verhaltenstherapie	X	X	X
A	Kontrollgruppe mit Verhaltenstherapie	X	X	Schulwechsel
B	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	X	X
B	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	X	X
B	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	X	X
B	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	X	X
A	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	X	Schulwechsel
A	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	X	Weigerung	
A	Kontrollgruppe ohne andere Therapie	Weigerung	X	X
B	Kontrollgruppe ohne andere Therapie Ausschluss, kein 2. Screening-Instrument	X (revidierte Weigerung)	Ausschluss	
B	Weigerung	Weigerung	Schulwechsel	
B	Weigerung	Weigerung		
B	Weigerung bei Beginn der Kunsttherapie (hatte Kunstunterricht erwartet)	X	Schulwechsel	

Tab. 14: Kriterienerfüllung nach FBB-HKS

	unaufmerksam Kriterien mind. 6		hyperaktiv Kriterien mind. 3		impulsiv Kriterien mind. 1			unaufmerksam Kriterien mind. 6		hyperaktiv Kriterien mind. 3		impulsiv Kriterien mind. 1	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST	PRÄ	POST		FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW
Proband 1	8	6	3	1	2	3	alle erfüllt	8	3	2	3	teilweise	4
Proband 2	6	7	6	7	3	1	alle erfüllt	4	6	3	0	teilweise	0
Proband 5	7	7	5	1	3	3	alle erfüllt	3	1	4	1	teilweise	1
Proband 6	9	9	7	7	4	4	alle erfüllt	9	7	4	4	alle erfüllt	4
Proband 9	7	7	3	0	3	3	alle erfüllt	5	1	1	1	teilweise	1
Proband 10 (E+S)	6	8	0	0	0	0	teilweise	5	0	0	0	gar nicht	0
Proband 12 (M)	7	5	6	4	4	4	alle erfüllt	9	4	3	3	alle erfüllt	3
Proband 14	9	2	6	3	4	4	alle erfüllt	5	4	4	4	teilweise	4
<b>THERAPIE ohne Schulwechsel</b>	7	5	7	4	7	7	7	3	4	7	1	1	6
Proband 4	8	5	1	0	2	1	teilweise	3	0	1	1	teilweise	6
Proband 7	6	5	1	0	3	1	teilweise	4	0	1	1	teilweise	3
Proband 8	7	7	6	6	4	4	alle erfüllt	7	6	4	4	alle erfüllt	4
Proband 11	1	1	0	0	4	4	teilweise	1	0	4	4	teilweise	3
<b>THERAPIE mit Schulwechsel</b>	3	1	1	1	4	4	1	1	1	4	1	1	4
<b>THERAPIEGRUPPE GESAMT</b>	10	6	8	5	11	11	8	6	5	11	2	2	6
	PRÄ	POST	PRÄ	POST	PRÄ	POST		FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW	FOLLOW		FOLLOW
Proband 15	7	7	2	2	1	0	teilweise	6	1	0	0	teilweise	0
Proband 16	9	6	7	6	4	3	alle erfüllt	9	6	2	2	alle erfüllt	2
Proband 18	7	7	4	2	4	2	alle erfüllt	7	2	4	4	teilweise	4
Proband 19	8	6	4	3	3	2	alle erfüllt	7	1	2	2	teilweise	2
Proband 20 (VT+M)	0	1	0	1	0	1	gar nicht	0	0	0	0	gar nicht	0
Proband 23 (VT)	9	9	7	7	4	4	alle erfüllt	9	6	3	3	alle erfüllt	3
<b>KONTROLL ohne Schulwechsel</b>	5	5	4	3	5	4	4	5	2	4	4	3	5
Proband 17	7	9	4	4	0	1	teilweise	3	4	1	1	alle erfüllt	4
Proband 21	5	9	0	0	1	0	teilweise	9	0	0	0	teilweise	2
Proband 24 (VT)	3	9	4	7	4	4	teilweise	9	7	4	4	alle erfüllt	3
<b>KONTROLL mit Schulwechsel</b>	1	3	2	2	3	1	0	3	2	1	1	0	0
<b>KONTROLLGRUPPE GESAMT</b>	6	8	6	5	8	5	4	8	5	5	5	3	3

E+S Ergo- und Sprachtherapie  
M Medikamentöse Therapie  
VT Verhaltenstherapie  
VT+M VT und medikamentöse Therapie

**Tab. 15:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden ohne Schulwechsel

<b>Messwert, Zeitpunkt: Kürzel</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Std.abw.</b>
Erregbarkeit, prä: er1	14	9,00	98,00	62,3571	26,83169
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	14	21,00	94,00	56,1429	20,81367
Extraversion, prä: ex1	14	10,00	98,00	44,5000	29,95317
Scheu, prä: sc1	14	10,00	99,00	59,5000	30,13240
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	14	13,00	98,00	54,0000	27,15483
Soziales Engagement, prä: so1	14	4,00	96,00	57,1429	33,06138
Selbstüberschätzung, prä: su1	14	3,00	91,00	38,3571	29,93739
Impulsivität, prä: im1	14	13,00	98,00	63,0714	26,23405
Selbstaufwertung, prä: sa1	14	13,00	99,00	58,0714	25,75465
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	14	2,00	92,00	38,6429	29,85763
Erregbarkeit, post: er2	14	2,00	99,00	50,2143	34,12010
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	14	5,00	91,00	43,0714	28,31272
Extraversion, post: ex2	14	5,00	98,00	56,5000	27,54786
Scheu, post: sc2	14	10,00	99,00	60,3571	32,02549
Ich-Durchsetzung, post: ic2	14	6,00	90,00	48,8571	23,66060
Soziales Engagement, post: so2	14	8,00	96,00	45,5714	31,78465
Selbstüberschätzung, post: su2	14	8,00	80,00	45,3571	22,98698
Impulsivität, post: im2	14	5,00	100,00	60,9286	30,94030
Selbstaufwertung, post: sa2	14	17,00	96,00	72,7143	20,10904
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	14	8,00	99,00	50,1429	33,80682
Erregbarkeit, follow-up: er3	14	9,00	91,00	49,1429	28,28388
fehlende Willenskontrolle, follow-up: wi3	14	15,00	84,00	41,7857	20,43067
Extraversion, follow-up: ex3	14	9,00	98,00	58,9286	30,26921
Scheu, follow-up: sc3	14	16,00	97,00	53,6429	24,68449
Ich-Durchsetzung, follow-up: ic3	14	13,00	88,00	53,0714	23,23944
Soziales Engagement, follow-up: so3	14	2,00	96,00	49,1429	33,47297
Selbstüberschätzung, follow-up: su3	14	8,00	91,00	52,7143	25,10111
Impulsivität, follow-up: im3	14	17,00	98,00	56,7857	30,78756
Selbstaufwertung, follow-up: sa3	14	27,00	97,00	70,4286	23,07418
Unterlegenheitsgefühl, follow-up: un3	14	2,00	100,00	38,3571	36,26952

**Tab. 16:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	14	,33	3,00	2,2698	,65039
Hyperaktivität, prä: h1m	14	,00	3,00	1,8571	1,00860
Impulsivität, prä: i1m	14	,00	3,00	2,0714	1,00206
Belastung, prä: b1m	14	,00	3,00	2,2500	,88795
Unaufmerksamkeit, post: u2m	14	,67	3,00	1,9683	,59025
Hyperaktivität, post: h2m	14	,00	3,00	1,4898	,83434
Impulsivität, post: i2m	14	,00	3,00	1,6964	,77941
Belastung, post: b2m	14	,75	3,00	2,2321	,74977
Unaufmerksamkeit, follow-up: u3m	14	,44	3,00	1,9444	,68736
Hyperaktivität, follow-up: h3m	14	,00	2,86	1,2959	,89384
Impulsivität, follow-up: i3m	14	,00	2,50	1,4107	,84698
Belastung, follow-up: b3m	14	,00	3,00	1,9286	,94273

**Tab. 17:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	14	,11	3,00	1,8651	,94901
dissozial-aggressiv, prä: d1m	14	,00	2,17	,8333	,67305
streunt umher, prä: s1m	14	,00	,50	,0357	,13363
kriminell, prä: k1m	14	,00	1,00	,1875	,33523
oppositionell-aggressiv, post: o2m	14	,22	3,00	1,6825	,89724
dissozial-aggressiv, post: d2m	14	,00	1,83	,8214	,59003
streunt umher, post: s2m	14	,00	2,50	,3214	,82292
kriminell, post: k2m	14	,00	,63	,0804	,17409
oppositionell-aggressiv, follow-up: o3m	14	,11	2,56	1,4206	,70835
dissozial-aggressiv, follow-up: d3m	14	,00	1,67	,7381	,49231
streunt umher, follow-up: s3m	14	,00	2,00	,3571	,71867
kriminell, follow-up: k3m	14	,00	,50	,1161	,15083

**Tab. 18:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden mit Schulwechsel

<b>Messwert, Zeitpunkt: Kürzel</b>	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Std.abw.</b>
Erregbarkeit, prä: er1	7	9,00	94,00	53,2857	33,76741
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	7	7,00	81,00	45,8571	26,13700
Extraversion, prä: ex1	7	37,00	91,00	66,4286	19,98213
Scheu, prä: sc1	7	28,00	97,00	68,5714	23,20099
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	7	16,00	95,00	43,4286	29,41574
Soziales Engagement, prä: so1	7	13,00	95,00	52,7143	30,80971
Selbstüberschätzung, prä: su1	7	2,00	95,00	42,8571	37,99749
Impulsivität, prä: im1	7	17,00	98,00	58,7143	27,37830
Selbstaufwertung, prä: sa1	7	17,00	98,00	65,1429	26,75462
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	7	4,00	87,00	36,2857	35,98942
Erregbarkeit, post: er2	7	2,00	87,00	36,4286	33,11021
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	7	24,00	74,00	49,0000	21,27596
Extraversion, post: ex2	7	27,00	91,00	70,8571	20,82009
Scheu, post: sc2	7	18,00	73,00	58,5714	20,54148
Ich-Durchsetzung, post: ic2	7	16,00	76,00	44,8571	25,77097
Soziales Engagement, post: so2	7	1,00	96,00	56,5714	33,59989
Selbstüberschätzung, post: su2	7	5,00	91,00	58,7143	33,19495
Impulsivität, post: im2	7	17,00	80,00	54,5714	21,30616
Selbstaufwertung, post: sa2	7	49,00	93,00	70,8571	16,00446
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	7	2,00	71,00	26,7143	25,64316

**Tab. 19:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	7	,78	2,56	1,8095	,60080
Hyperaktivität, prä: h1m	7	,14	2,29	1,1224	,70193
Impulsivität, prä: i1m	7	1,00	3,00	1,9643	,80917
Belastung, prä: b1m	7	1,50	3,00	2,2500	,57735
Unaufmerksamkeit, post: u2m	7	,67	3,00	2,0317	,83817
Hyperaktivität, post: h2m	7	,14	2,43	1,1837	,98876
Impulsivität, post: i2m	7	,50	2,75	2,0357	,94017
Belastung, post: b2m	7	1,75	3,00	2,5357	,48795

**Tab. 20:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	7	1,22	2,78	1,9048	,53452
dissozial-aggressiv, prä: d1m	7	,33	1,33	,8810	,32934
streunt umher, prä: s1m	7	,00	,50	,0714	,18898
kriminell, prä: k1m	7	,00	,38	,0536	,14174
oppositionell-aggressiv, post: o2m	7	,78	3,00	1,9365	,75047
dissozial-aggressiv, post: d2m	7	,17	1,50	,9762	,53080
streunt umher, post: s2m	7	,00	,00	,0000	,00000
kriminell, post: k2m	7	,00	,63	,1250	,23936

**Tab. 21:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	8	1,89	2,89	2,3611	,31286
Hyperaktivität, prä: h1m	8	,00	3,00	1,8929	,97416
Impulsivität, prä: i1m	8	,00	3,00	2,0313	,97685
Belastung, prä: b1m	8	,75	3,00	2,2500	,70711
Unaufmerksamkeit, post: u2m	8	1,22	2,67	1,9722	,45134
Hyperaktivität, post: h2m	8	,00	2,86	1,3929	,87980
Impulsivität, post: i2m	8	,00	2,75	1,7188	,79550
Belastung, post: b2m	8	,75	3,00	2,2813	,78419
Unaufmerksamkeit, follow-up: u3m	8	1,22	2,67	1,8750	,54575
Hyperaktivität, follow-up: h3m	8	,00	2,86	1,3571	,92896

Impulsivität, follow-up: i3m	8	,00	2,25	1,3750	,80178
Belastung, follow-up: b3m	8	,50	3,00	1,8438	,86538

**Tab. 22:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	8	9,00	96,00	63,0000	28,82459
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	8	30,00	94,00	56,3750	20,93485
Extraversion, prä: ex1	8	10,00	66,00	28,0000	17,54993
Scheu, prä: sc1	8	10,00	99,00	54,3750	30,90510
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	8	13,00	95,00	43,3750	24,02937
Soziales Engagement, prä: so1	8	4,00	96,00	47,2500	40,12392
Selbstüberschätzung, prä: su1	8	3,00	81,00	34,3750	32,53542
Impulsivität, prä: im1	8	13,00	93,00	57,1250	26,54612
Selbstaufwertung, prä: sa1	8	13,00	98,00	52,8750	28,97998
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	8	8,00	92,00	32,8750	28,39737
Erregbarkeit, post: er2	8	2,00	86,00	42,6250	31,32291
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	8	15,00	81,00	41,0000	25,27562
Extraversion, post: ex2	8	5,00	82,00	52,3750	28,21316
Scheu, post: sc2	8	10,00	92,00	54,6250	32,31071
Ich-Durchsetzung, post: ic2	8	10,00	71,00	48,6250	20,33250
Soziales Engagement, post: so2	8	8,00	95,00	44,1250	33,78688
Selbstüberschätzung, post: su2	8	8,00	80,00	46,0000	26,15339
Impulsivität, post: im2	8	5,00	100,00	58,5000	33,38948
Selbstaufwertung, post: sa2	8	17,00	96,00	66,5000	23,48860
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	8	15,00	99,00	40,5000	34,65751
Erregbarkeit, follow-up: er3	8	9,00	91,00	42,0000	33,41086
fehlende Willenskontrolle, follow-up: wi3	8	15,00	84,00	43,2500	23,67488
Extraversion, follow-up: ex3	8	9,00	81,00	45,2500	29,55745
Scheu, follow-up: sc3	8	16,00	97,00	50,2500	31,29468
Ich-Durchsetzung, follow-up: ic3	8	28,00	88,00	51,8750	22,78745
Soziales Engagement, follow-up: so3	8	2,00	83,00	35,3750	36,06319
Selbstüberschätzung, follow-up: su3	8	8,00	81,00	48,5000	27,07133
Impulsivität, follow-up: im3	8	17,00	93,00	46,8750	30,68940
Selbstaufwertung, follow-up: sa3	8	34,00	93,00	73,0000	18,99624
Unterlegenheitsgefühl, follow-up: un3	8	4,00	100,00	28,7500	31,39950

**Tab. 23:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden Therapiegruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	8	,11	3,00	1,8056	,88641
dissozial-aggressiv, prä: d1m	8	,00	2,17	,7708	,84486
streunt umher, prä: s1m	8	,00	,00	,0000	,00000
kriminell, prä: k1m	8	,00	1,00	,2500	,42783
oppositionell-aggressiv, post: o2m	8	,22	2,78	1,6389	,95720
dissozial-aggressiv, post: d2m	8	,00	1,83	,8333	,69007
streunt umher, post: s2m	8	,00	2,50	,3125	,88388
kriminell, post: k2m	8	,00	,63	,1094	,22597
oppositionell-aggressiv, follow-up: o3m	8	,11	2,33	1,4444	,64788
dissozial-aggressiv, follow-up: d3m	8	,00	1,67	,7708	,59052
streunt umher, follow-up: s3m	8	,00	2,00	,4375	,82104
kriminell, follow-up: k3m	8	,00	,50	,0938	,17359

**Tab. 24:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	4	9,00	77,00	40,0000	31,60169
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	4	7,00	61,00	36,5000	25,38372
Extraversion, prä: ex1	4	54,00	91,00	70,7500	15,23975
Scheu, prä: sc1	4	28,00	73,00	54,0000	19,02630
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	4	16,00	65,00	35,7500	24,08838
Soziales Engagement, prä: so1	4	58,00	95,00	75,0000	16,71327
Selbstüberschätzung, prä: su1	4	30,00	95,00	61,5000	36,40971
Impulsivität, prä: im1	4	17,00	98,00	52,0000	36,26752
Selbstaufwertung, prä: sa1	4	17,00	98,00	59,0000	33,17630
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	4	4,00	79,00	26,5000	35,29400
Erregbarkeit, post: er2	4	2,00	87,00	25,0000	41,46484
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	4	24,00	61,00	38,0000	17,75763
Extraversion, post: ex2	4	69,00	91,00	77,7500	10,75097
Scheu, post: sc2	4	45,00	73,00	63,0000	13,26650
Ich-Durchsetzung, post: ic2	4	16,00	70,00	33,5000	24,62384
Soziales Engagement, post: so2	4	34,00	95,00	60,5000	26,26151
Selbstüberschätzung, post: su2	4	45,00	81,00	72,0000	18,00000
Impulsivität, post: im2	4	17,00	77,00	48,0000	25,17936

Selbstaufwertung, post: sa2	4	49,00	75,00	62,5000	10,63015
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	4	14,00	71,00	28,7500	28,17061

**Tab. 25:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	4	,78	2,22	1,7778	,68493
Hyperaktivität, prä: h1m	4	,14	2,29	1,0357	,90633
Impulsivität, prä: i1m	4	1,75	3,00	2,3125	,65749
Belastung, prä: b1m	4	1,75	3,00	2,3750	,59512
Unaufmerksamkeit, post: u2m	4	,67	2,22	1,4722	,63748
Hyperaktivität, post: h2m	4	,14	2,43	,9643	1,00593
Impulsivität, post: i2m	4	1,50	2,75	2,4375	,62500
Belastung, post: b2m	4	1,75	3,00	2,3125	,51539

**Tab. 26:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden Therapiegruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	4	1,44	2,11	1,7778	,32710
dissozial-aggressiv, prä: d1m	4	,33	1,33	,7917	,41667
streunt umher, prä: s1m	4	,00	,50	,1250	,25000
kriminell, prä: k1m	4	,00	,00	,0000	,00000
oppositionell-aggressiv, post: o2m	4	,78	2,67	1,6667	,77513
dissozial-aggressiv, post: d2m	4	,67	1,50	1,0833	,48113
streunt umher, post: s2m	4	,00	,00	,0000	,00000
kriminell, post: k2m	4	,00	,25	,0625	,12500

**Tab. 27:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	6	20,00	98,00	61,5000	26,59135
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	6	21,00	84,00	55,8333	22,63994
Extraversion, prä: ex1	6	25,00	98,00	66,5000	29,75063
Scheu, prä: sc1	6	28,00	97,00	66,3333	30,42148
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	6	38,00	98,00	68,1667	26,21768
Soziales Engagement, prä: so1	6	48,00	83,00	70,3333	14,92202
Selbstüberschätzung, prä: su1	6	20,00	91,00	43,6667	28,09033

Impulsivität, prä: im1	6	27,00	98,00	71,0000	25,89981
Selbstaufwertung, prä: sa1	6	44,00	99,00	65,0000	21,16601
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	6	2,00	87,00	46,3333	32,62923
Erregbarkeit, post: er2	6	20,00	99,00	60,3333	37,92449
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	6	5,00	91,00	45,8333	34,26028
Extraversion, post: ex2	6	16,00	98,00	62,0000	28,19929
Scheu, post: sc2	6	28,00	99,00	68,0000	32,89985
Ich-Durchsetzung, post: ic2	6	6,00	90,00	49,1667	29,60687
Soziales Engagement, post: so2	6	13,00	96,00	47,5000	31,94840
Selbstüberschätzung, post: su2	6	20,00	80,00	44,5000	20,36418
Impulsivität, post: im2	6	27,00	96,00	64,1667	30,10260
Selbstaufwertung, post: sa2	6	69,00	93,00	81,0000	11,61034
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	6	8,00	97,00	63,0000	30,70505
Erregbarkeit, follow-up: er3	6	36,00	87,00	58,6667	18,07392
fehlende Willenskontrolle, follow-up: wi3	6	23,00	71,00	39,8333	17,10458
Extraversion, follow-up: ex3	6	37,00	98,00	77,1667	21,46082
Scheu, follow-up: sc3	6	43,00	82,00	58,1667	13,04479
Ich-Durchsetzung, follow-up: ic3	6	13,00	80,00	54,6667	25,92039
Soziales Engagement, follow-up: so3	6	48,00	96,00	67,5000	19,61377
Selbstüberschätzung, follow-up: su3	6	20,00	91,00	58,3333	23,36379
Impulsivität, follow-up: im3	6	27,00	98,00	70,0000	27,91415
Selbstaufwertung, follow-up: sa3	6	27,00	97,00	67,0000	29,23012
Unterlegenheitsgefühl, follow-up: un3	6	2,00	94,00	51,1667	41,17483

**Tab. 28:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	6	,33	3,00	2,1481	,96524
Hyperaktivität, prä: h1m	6	,00	3,00	1,8095	1,14524
Impulsivität, prä: i1m	6	,25	3,00	2,1250	1,12639
Belastung, prä: b1m	6	,00	3,00	2,2500	1,16190
Unaufmerksamkeit, post: u2m	6	,67	3,00	1,9630	,78777
Hyperaktivität, post: h2m	6	,86	3,00	1,6190	,83136
Impulsivität, post: i2m	6	,75	3,00	1,6667	,83166
Belastung, post: b2m	6	1,00	3,00	2,1667	,76920
Unaufmerksamkeit, follow-up: u3m	6	,44	3,00	2,0370	,89074
Hyperaktivität, follow-up: h3m	6	,00	2,57	1,2143	,92472

Impulsivität, follow-up: i3m	6	,00	2,50	1,4583	,98001
Belastung, follow-up: b3m	6	,00	3,00	2,0417	1,11149

**Tab. 29:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden Kontrollgruppe ohne Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	6	,22	3,00	1,9444	1,10833
dissozial-aggressiv, prä: d1m	6	,33	1,33	,9167	,40483
streunt umher, prä: s1m	6	,00	,50	,0833	,20412
kriminell, prä: k1m	6	,00	,38	,1042	,14613
oppositionell-aggressiv, post: o2m	6	,67	3,00	1,7407	,89627
dissozial-aggressiv, post: d2m	6	,17	1,33	,8056	,48781
streunt umher, post: s2m	6	,00	2,00	,3333	,81650
kriminell, post: k2m	6	,00	,13	,0417	,06455
oppositionell-aggressiv, follow-up: o3m	6	,22	2,56	1,3889	,84547
dissozial-aggressiv, follow-up: d3m	6	,17	1,17	,6944	,37143
streunt umher, follow-up: s3m	6	,00	1,50	,2500	,61237
kriminell, follow-up: k3m	6	,00	,25	,1458	,12290

**Tab. 30:** Deskriptive Statistik, PFK 9-14,  
Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Erregbarkeit, prä: er1	3	33,00	94,00	71,0000	33,15117
fehlende Willenskontrolle, prä: wi1	3	30,00	81,00	58,3333	25,96793
Extraversion, prä: ex1	3	37,00	91,00	60,6667	27,61038
Scheu, prä: sc1	3	79,00	97,00	88,0000	9,00000
Ich-Durchsetzung, prä: ic1	3	20,00	95,00	53,6667	38,08324
Soziales Engagement, prä: so1	3	13,00	34,00	23,0000	10,53565
Selbstüberschätzung, prä: su1	3	2,00	49,00	18,0000	26,85144
Impulsivität, prä: im1	3	63,00	77,00	67,6667	8,08290
Selbstaufwertung, prä: sa1	3	58,00	93,00	73,3333	17,89786
Unterlegenheitsgefühl, prä: un1	3	8,00	87,00	49,3333	39,62743
Erregbarkeit, post: er2	3	27,00	81,00	61,6667	30,08876
fehlende Willenskontrolle, post: wi2	3	18,00	73,00	52,6667	30,17173
Extraversion, post: ex2	3	35,00	76,00	60,0000	21,93171
Scheu, post: sc2	3	1,00	96,00	51,3333	47,75284
Ich-Durchsetzung, post: ic2	3	5,00	91,00	41,0000	44,67662

Soziales Engagement, post: so2	3	54,00	80,00	63,3333	14,46836
Selbstüberschätzung, post: su2	3	63,00	93,00	82,0000	16,52271
Impulsivität, post: im2	3	2,00	55,00	24,0000	27,62245
Selbstaufwertung, post: sa2	3	27,00	81,00	61,6667	30,08876
Unterlegenheitsgefühl, post: un2	3	18,00	73,00	52,6667	30,17173

**Tab. 31:** Deskriptive Statistik, FBB-HKS,  
Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
Unaufmerksamkeit, prä: u1m	3	1,44	2,56	1,8519	,61195
Hyperaktivität, prä: h1m	3	,71	1,57	1,2381	,45922
Impulsivität, prä: i1m	3	1,00	2,50	1,5000	,86603
Belastung, prä: b1m	3	1,50	2,75	2,0833	,62915
Unaufmerksamkeit, post: u2m	3	2,67	3,00	2,7778	,19245
Hyperaktivität, post: h2m	3	,29	2,43	1,4762	1,09109
Impulsivität, post: i2m	3	,50	2,75	1,5000	1,14564
Belastung, post: b2m	3	2,50	3,00	2,8333	,28868

**Tab. 32:** Deskriptive Statistik, FBB-SSV,  
Probanden Kontrollgruppe mit Schulwechsel

Messwert, Zeitpunkt: Kürzel	N	Min.	Max.	Mittelwert	Std.abw.
oppositionell-aggressiv, prä: o1m	3	1,22	2,78	2,0741	,78829
dissozial-aggressiv, prä: d1m	3	,83	1,17	1,0000	,16667
streunt umher, prä: s1m	3	,00	,00	,0000	,00000
kriminell, prä: k1m	3	,00	,38	,1250	,21651
oppositionell-aggressiv, post: o2m	3	1,67	3,00	2,2963	,66975
dissozial-aggressiv, post: d2m	3	,17	1,50	,8333	,66667
streunt umher, post: s2m	3	,00	,00	,0000	,00000
kriminell, post: k2m	3	,00	,63	,2083	,36084

---

## LITERATURVERZEICHNIS

- Aichinger, O. (2002): ADS-Kinder brauchen unsere Aufmerksamkeit. In: Report Naturheilkunde; Nr. 5; S. 40-41.
- Ainsworth, M.D.S./Blehar; M.C./Waters, E./Wall, S. (1978): Patterns of Attachment - A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Alles, C. (2001a): Projekt „Kunstraum“ - Konzept zur Einführung von kunsttherapeutischem Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung mit freizeitpädagogischer Betreuung innerhalb eines sozialen Brennpunktes. Diplomarbeit, Universität zu Köln, Heilpädagogische Fakultät.
- Alles, C. (2001b): Vergleich kunsttherapeutischer Ansätze – Gaetano Benedetti versus Renate Limberg; [www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-benedetti-limberg.htm](http://www.kunsttherapie.de/theorie&praxis-artikel-benedetti-limberg.htm), 2003-11-21.
- Altherr, P. (1997): Das Hyperkinetische Syndrom des Kindesalters aus kinderpsychiatrischer Sicht: Diagnostik und Therapiemöglichkeiten im Überblick. In: Passolt, M. (Hrsg.) (1997): Hyperaktive Kinder: Psychomotorische Therapie. München: Ernst Reinhardt. 2. aktualisierte Auflage; S. 11-22.
- Altherr, P. (2000): ADS international – was tut sich im Ausland? In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 195-207.
- Anastopoulos A./Barkley R.A. (1990): Counseling an Training Parents. In: Barkley, R.A. et al. (1990) : Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis an treatment. New York: Guilford Press; S. 397-431.
- APA - American Psychiatric Association (1968): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, **DSM-II**. Washington, American Psychiatric Association.

- 
- APA - American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, **DSM-III**. Washington, American Psychiatric Association, deutsche Bearbeitung:  
Koehler, K./Saß, H. (1984): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, **DSM-III**. Weinheim: Beltz.
- APA - American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, **DSM-III-R**. Washington, American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung:  
Koehler, K./Saß, H. (1991): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, **DSM-III**. Weinheim: Beltz, 3. korrigierte Auflage.
- APA - American Psychiatric Association (1996): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition – Primary Care Version, **DSM-IV™ – PC**. Washington, American Psychiatric Association.
- APA - American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, **DSM-IV-TR**. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apotheken Journal (2002): Homöopathikum für Hyperaktive. Vol. 24; Nr. 4; S. 24.
- Arznei-Telegramm (2002): Parkinson-Syndrom als Langzeitfolge von Methylphenidat (Ritalin u.A.)? Vol. 33; Nr. 1; [www.arznei-telegramm.de](http://www.arznei-telegramm.de), 2004-03-13; S. 1.
- Augstein, A. (1988): Ergotherapie bei hyperaktiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 43-70.
- Ayres, A.J. (1998): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer, 3., korrigierte Auflage 1998.
- Balgo, R./Klaes, R. (2001): Über die Koordination von Verschiedenheit. „Hyperaktivität“ als Problem und Bewegungstherapie als lösungsorientiertes Angebot. Eine systemische Perspektive. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 140-167.

- 
- Barkley R.A. (1997): ADHD and the Nature of Self-Control. New York: Guilford.
- Barkley R.A. (2000): Commentary on the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 28; Nr. 6; S. 595-599.
- Barkley, R.A. et al. (1990): Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; S. 3-38 u. 130-169.
- Barkley, R.A. et al. (2002): Consensus Statement on ADHD. European Child & Adolescent Psychiatry 11: 96-98. Steinkopf Verlag.
- Bärsch, W. (1999): Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten. In: Fegler, J./Jansen, G. (1999): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 190-211.
- Becker, K./Wehmeier, P.M. (2003): Atomoxetin zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). PsychoNeuro; Vol. 29; Nr. 9; S. 472-476.
- Beke, A. (2000): Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Lernbehinderung bei ehemaligen Frühgeborenen während der ersten Schuljahre. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 75-88.
- Benedetti, G. (1992): Bildgestaltende Psychotherapie. In: Benedetti, G.: Psychotherapie als existentielle Herausforderung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; S. 214-244.
- Biederman, J. (2003): Pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Decreases the Risk for Substance Abuse: Findings From a Longitudinal Follow-Up of Youths With and Without ADHD. In: Journal of Clinical Psychiatry, 64, Jun-03; S. 3-8.
- Biederman, J./Wilens, T./Mick, E./Spencer, T./Farone, S. (1999): Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance

- 
- Use Disorder. In: Pediatrics; Vol. 104; Nr. 2;  
[www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/2/e20](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/2/e20), 2004-03-13; S. 1-5.
- Biegert, H. (1997): Impulsiv und unaufmerksam – mehr Unterrichtserfolg mit ADS-Schülern. Bonn: HEBO-Privatschule; S. 79-107.
- Biegert, H. (2000): Damit Schule nicht zum Alptraum wird – Eine positive Schullaufbahn für ADS/HKS-Kinder. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 26-33.
- Borchart, K. (2003): Nichtmedikamentöse Therapieverfahren bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) – Ergotherapie bei Kindern mit ADHS; [www.kize.de/5-downloads/publikation44.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikation44.pdf), 2004-03-09; S. 1-10.
- Bowlby, J. (1975): Bindung. München: Kindler; S. 303-318. Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss, Vol. I, Attachment. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung – Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter. Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Bowlby, J. (1988): A secure base – Clinical implications of attachment theory. London: Routledge.
- Brandeis, D. (1995): Psychophysiologie der hyperkinetischen Störungen. In: Steinhäuser, H.-C. (Hrsg.), (2000a): Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 55-87.
- Brown, T.E. (2000): Chronisch, aber nicht allgegenwärtig – Neue Erkenntnisse zu Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Erkennung und Behandlung. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-

- 
- Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 132-138.
- Buchkremer, G./Klingberg S. (2001): Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. In: *Nervenarzt*; Nr. 72; S. 20-30.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2002): Bulletin 15/02. S. 284-289;  
[www.bag.admin.ch/dienste/publika/bulletin/d/BU15\\_02d.pdf](http://www.bag.admin.ch/dienste/publika/bulletin/d/BU15_02d.pdf), 2004-03-08.
- Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BGVV) (2002): BgVV und BfArM warnen: Nahrungsergänzungsmittel aus AFA-Algen können keine medizinische Therapie ersetzen. BGVV Pressedienst, 2002-03-21; [www.bgvv.de/cms/detail.php?id=987](http://www.bgvv.de/cms/detail.php?id=987), 2004-03-08; S. 1-2.
- Burisch, M. (1989): *Das Burnout – Syndrom*. Berlin: Springer. Kap III, A-E.
- Burmeister, H.A. (2001): Das Verständnis von Hyperaktivität aus systemtheoretischer Perspektive. Passolt, M. (Hrsg.) (2001): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München: Ernst Reinhardt; S. 168-188.
- Canter, P.H. (2003): The therapeutic effects of meditation. In: *British Medical Journal*; Vol. 326; S. 1049-1050;  
[www.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7398/1049](http://www.bmjournals.com/cgi/content/full/326/7398/1049), 2004-03-13.
- Carroll, L. (2000): *Alice's Adventures in Wonderland & Through the Looking-Glass*. London: Signet Classic.
- Chapell, M.S. (1994): Inner Speech and Respiration: Toward a Possible mechanism of Stress Reduction. In: *Perceptual and Motor Skills*; Vol. 79; S. 803-811.
- Chess, S. (1960): Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Ciampi, L. (1982): *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2., vom Autor überarbeitete Auflage, 1989.

- 
- Clark, M.E./Hirschman, R. (1990): Effects of Paced Respiration on Anxiety Reduction in a Clinical Population. In: *Biofeedback and Self-Regulation*; Vol. 15; Nr. 3; S. 273-284.
- Comer, R.J. (Hrsg.: Sartory, G.) (2001): *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum, 2. deutsche Auflage; S. 457-482. Originalausgabe:  
Comer, R.J. (1999): *Abnormal Psychology, Fourth Edition*. New York: Worth Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (1991): Das *FLOW*-Erlebnis und seine Bedeutung für die Psychologie des Menschen. In: Csikszentmihalyi M./Csikszentmihalyi I.S. (Hrsg.) (1991): *Die außergewöhnliche Erfahrung im Alltag – Die Psychologie des FLOW-Erlebnisses*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. in der Ausstattung veränderte Auflage 1995.
- Davidson, R.J./Kabat-Zinn, J./Schumacher, J./Rosenkranz, M./Muller, D./Santorelli, S.F./Urbanowski, F./Harrington, A./Bonus, K./Sheridan, J.F. (2003): Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. In: *Psychosomatic Medicine*; Vol. 65; Nr. 4; S. 564-570, [www.gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi](http://www.gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi), 2004-03-13.
- DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2000): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 028/019 und 028/020.
- Diemer, A. (2002): ADS-Kind: Therapie mit Nachtkerzenöl statt Ritalin. *Naturarzt*; 10; S. 32-33.
- Dittrich, K. (2003): AFA-Algen: Das blaue Wunder? In: *UGB-Forum*; Nr. 4; S. 212-213; [www.ugb.de/zentraleElemente/pdf/02-041.pdf](http://www.ugb.de/zentraleElemente/pdf/02-041.pdf), 2004-03-09.
- Dodge, K.A. (1985): Attributional bias in aggressive Children. In: Kendall, P.C. (Hrsg.) (1985): *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, Vol. 4. Orlando: Academic Press; S. 73-110.

- 
- Döpfner, M./Lehmkuhl G. (1998): DISYPS-KJ: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV; klinische Diagnostik – Elternurteil – Erzieher- und Lehrerurteil – Selbsturteil. Bern: Verlag Hans Huber.
- Döpfner, M./Schürmann; S./Fröhlich, J. (1997): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem oppositionellem Problemverhalten: THOP. Weinheim: Beltz, 3., vollständig überarbeitete Auflage 2002.
- Döpfner, M./Schürmann; S./Lehmkuhl, G. (1999): Wackelpeter und Trotzkopf. Weinheim: Psychologie Verlagsunion, 2. überarbeitete Auflage, 2000.
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling – Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt a.M.: Fischer, 9. Auflage, 1999.
- Douglas, V.I. (1972): Stop. Look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive an normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282.
- Droll, W. (2000): ADD kann man sichtbar machen – Neurophysiologische und neuropsychologische Aspekte bei Attention Deficit Disorder (ADD) . In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 161-183.
- Dupaul G.J./Barkley, R.A. (1990): Medication Therapy. In: Barkley, R.A. et al. (1990) : Attention-deficit hyperactivity disorder : A Handbook for Diagnosis an treatment. New York: Guilford Press; S. 573-612.
- Eckstein-Al-Kabbani, B. (1999): Diagnose Hyperaktivität – inwieweit stimmen verschiedene Beurteiler überein? Untersuchung einer Stichprobe mit Misshandlungsurteil und einer Kontrollgruppe. Dissertation, München: Ludwigs-Maximilians-Universität– Medizinische Fakultät.
- Egger, J. (2000): Möglichkeiten von Diätbehandlung bei hyperkinetischen Störungen. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.), (2000a): Hyperkinetische Störungen bei

- 
- Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 117-126.
- Eisert, H.-G. (1988): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention bei hyperaktiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 71-82.
- Eisert, M./Eisert, H.-G. (1987): Auf dem schwierigen Weg zu einem klinisch validen Behandlungsprogramm für hyperaktive Kinder. In: Speck, O./Peterander, F./Innerhofer, P. (1987): Kindertherapie – Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis. München: Ernst Reinhardt; S. 277-282.
- Esser, B. (2003): Die Rolle der Fettsäuren bei ADHD, Dyslexie, Dyspraxie und Autismus. In: Erfahrungsheilkunde; Vol. 52; Nr. 8; S. 531-534.
- Everling; S. (2000): Bewegung hilft – Psychomotorik als therapeutischer und pädagogischer Behandlungsansatz bei Kindern mit ADS. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 26-33.
- Fäh, M/Fischer, G. (1998): Psychotherapie nach Vorschrift oder nach Bedarf – die Kontroverse um die Leistungsstruktur der Krankenversicherung. In: Fäh, M. /Fischer, G. (Hrsg.) (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung: Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial-Verlag; S. 13-28.
- Feingold, B.F. (1975): Hyperkinesis and Learning Disabilities Linked to Artificial Food Flavors and Colors. In: American Journal of Nursing; Vol. 75; Nr. 5; S. 797-803.
- Fengler, J. (1999a): Burnout und berufliche Deformation. In: Fengler, J./Jansen, G. (1999): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 305-321.

- 
- Fengler, J. (1999b): Pädagogische Verhaltensmodifikation. In: Fengler, J./Jansen, G. (1999): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 252-283.
- Fengler, J. (1999c): Supervision. In: Fengler, J./Jansen, G. (1999): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 322-334.
- Fengler, J. (1996): Helfen macht müde – Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München: Pfeiffer, 4. Auflage, Nachdruck der 3. durchgesehenen und erweiterten Auflage 1994.
- Fletcher, K.E./Fischer, M./Barkley, R.A./Smallish, L. (1996): A Sequential Analysis of the Mother-Adolescent Interactions of ADHD, ADHD/ODD, and Normal Teenagers During Neutral and Conflict Discussions. In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 24; Nr. 3; S. 271-297.
- Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer.
- Frei, H. (2002): Kontrollierte Studien zur Homöopathischen Behandlung von ADHS-Patienten. In: Homöopathie-Zeitschrift;1; S. 48-50.
- Frei, H./Thurneysen, A. (2002): Treatment for hyperactive children: homeopathy an methylphenidate compared in a family setting. In: British Homeopathic Journal; Nr. 90; S. 183-188.
- Freud; S. (1923): Gesammelte Werke, XIII. London: Imago; S. 246-255.
- Fried, R. (1987): Relaxation with Biofeedback-Assisted Guided Imagery: The Importance of Breathing Rate as Index of Hypoarousal. In: Biofeedback and Self-Regulation; Vol. 12; Nr. 4; S. 273-279.
- Frölich, J./Döpfner, M. (1997): Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Vol. 46; S. 597-609.

- 
- Frölich, J./Döpfner, M./Berner, W./Lehmkuhl, G. (2002): Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elterntraining bei hyperkinetischen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Vol. 51; Nr. 6; S. 476-493.
- Galic, T. (2002): Verhaltensstörungen bei Kindern – Diagnose und Behandlungsstrategien bei ADHS. In: Homöopathie-Zeitschrift; Nr. 1; S. 22-38.
- Göring, H. (2001): Atemtherapie – Therapie mit dem Atem. Stuttgart: Thieme.
- Grawe, K. (1998): von der Diagnose zur Gruppentherapie – Eine fachliche Stellungnahme zu Tschuschke et al.: Psychotherapieforschung – wie man es (nicht) machen sollte. PPM Psychoter. Psychosom. Med. Psychol. 48 (1998) 430-444. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Vol. 48; S. 445-448.
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, B. (2001): Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 5., unveränderte Auflage.
- Grossman, P. (1983): Respiration, Stress, and Cardiovascular Function. In: Psychophysiology; Vol. 20; Nr. 3; S. 284-300.
- Grünewald-Zuberbier, E. (1975): EEG-Arousal-Reaktionen bei hyperaktiven Kindern. Eine psychophysiologische Studie. Habilitationsschrift. Freiburg i.Br.: Albert-Ludwigs-Universität, Hohe medizinische Fakultät.
- Günter, M. (2001): Körperbild, Identität und Objektbeziehungen – Das Bild des eigenen Körpers als Beziehungsangebot. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 80-92.
- Hafer, H. (1984): Die heimliche Droge – Nahrungsphosphat. Heidelberg: Kriminalistik Verlag. 3., neu bearbeitete Auflage.
- Hager, W./Leichsenring, F./Schiffler, A. (1999): Evaluationsparadigmen – Zur Bedeutung der Unterscheidung von vergleichenden und isolierten Evaluationen in der Psychotherapieforschung. In: Psychotherapeut; Vol. 44; S. 234-240.

- 
- Hanus, O.K. (1993): Methoden für psychomentale Strukturierung durch gegenstands-freies Gestalten. In: Baukus, P./Thies, J. (1993): Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie. Stuttgart: Gustav Fischer; S. 53-66.
- Harding, K.L./Judah, R.D./Gant, C.E. (2003): Outcome-Based Comparison of Ritalin<sup>®</sup> versus Food-Supplement Treated Children with AD/HD. In: Alternative Medicine Review; Vol. 8; Nr. 3; S. 319-330.
- Hartmann, J. (1987): Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie. München: Beck, 5. unveränderte Auflage 1994.
- Häußler, G. (2002): Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht: In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Vol. 51; Nr. 6; S. 454-465.
- Häußler, G./Hopf, H. (2002): Psychoanalytische Theorien. In: Bovensiepen, G./Hopf, H./Molitor, G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder – Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt: Brandes & Apsel; S. 20-44.
- Heiduk, V. (1993): Untersuchungen zum zeichnerisch-grafischen Ausdruck des hyperaktiven Kindes. Dissertation, Würzburg: Bayrische Julius-Maximilians-Universität– Medizinische Fakultät.
- Heiduk, V. (2000a): Besser ins Krankenhaus? Die Stationäre Behandlung des hyperkinetischen Syndroms. In: Fitzner, T./Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 256-269.
- Heiduk, V (2000b): Die Beurteilung von Zeichnung und Schrift hyperkinetischer Kinder als diagnostische Hilfsmittel bzw. als Verlaufsdagnostikum unter Medikation. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 291-302.
- Heigl-Evers, A./Heigl, F./Ott, J./Rüger, U. (Hrsg.) (1997): Lehrbuch der Psychotherapie. Lübeck: Gustav Fischer, 1997, 3. korrigierte Auflage.

- 
- Heubrock, D./Petermann, F. (2001): Aufmerksamkeitsdiagnostik. Kompendien Psychologische Diagnostik, Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Hinshaw, S.P./Buhrmeister, D./Heller, T. (1989): Anger Control in Response to Verbal Provocation: Effects of Stimulant Medication for Boys with ADHD. In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 17; Nr. 4; S. 393-407.
- Hoffmann, H. (1979): Der Struwwelpeter. Leipzig: Peters.
- Höger, C./Banaschewski, T./Specht, F./Rothenberger, A. (2002): Es gibt Grund zur Sorgfalt, aber keinen Grund zur Sorge. Elterninformation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Göttingen; [www.adhs.ch/download/hoeger3-02.pdf](http://www.adhs.ch/download/hoeger3-02.pdf), 2004-03-03; S. 1-3.
- Horn, H. (1988): Möglichkeiten des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten beim Umgang mit dem hyperkinetischen und aggressiven Kind. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 97- 108.
- Huss, M./Schmidt-Schulz, A./Hoffmann, K./Vogel, R./Lehmkuhl, U. (2000): Wenn ADS „erwachsen“ wird – Langzeitverläufe von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS): Macht Ritalin süchtig? In: Fitzner, T./Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 184-194.
- Hüther, G./Bonney, H. (2002): Neues vom Zappelphilipp - ADS/ADHS verstehen, vorbeugen und behandeln. Düsseldorf: Walter.
- Imhof, M. (2003): Gestaltung von Lernumgebungen für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen, Vortrag auf der Fortbildungsveranstaltung des Kinderzentrums Maulbronn, 29. März 2003; [www.kize.de/5-downloads/publikation43.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikation43.pdf), 2004-03-09; S. 1-16.
- Jernberg, A.M. (1988): Theraplay für das aggressive Kind. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 109-124.

- 
- Jurisch, S. (2000): Aufmerksamkeitsstörungen und Alkoholembryopathie – aufgezeigt bei einer Schülerin der 3. Klasse (Integrationsklasse). In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann; S. 143-164.
- Kabat-Zinn, J./Wheeler, E./Light, T./Skillings, A./Scharf, M./Cropley, T.G./Hosmer, D./Bernhard, J.D. (2003): Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients with Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA). In: *Psychosomatic Medicine*; Vol. 60; Nr. 5; S. 625-632;  
[www.gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi](http://www.gateway1.ovid.com/ovidweb.cgi), 2004-03-13.
- Kado S./Takagi R. (1996): Biological aspects. In: Sandberg; S. (Ed.) *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press; S. 246-279.
- Kalantzi-Azizi, A. (2000): Aufbauarbeit – Kinder mit ADS: Erfahrungen in Griechenland. In: Fitzner, T./Stark, W. (2000): *ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität*. Weinheim: Beltz; S. 208-214.
- Karch, D. (2003): Ernährung und ADHS. Referat bei der „Fortbildung in Maulbronn“ am 29.03.2003 zum Thema „Neurobiologische Grundlagen und Therapie bei ADHS“;  
[www.kize.de/5-downloads/publikationen.htm](http://www.kize.de/5-downloads/publikationen.htm), 2004-03-09; S. 1-14.
- Karch, D. (2003): Einführung in Fortbildung über neurobiologische Grundlagen von ADHS. Einführungsreferat zur „Fortbildung in Maulbronn“ am 3. März zum Thema „Neurobiologische Grundlagen und Therapie bei ADHS“;  
[www.kize.de/5-downloads/publikation30.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikation30.pdf), 2004-03-09; S. 1-8.
- Karch, D./Groß-Selbeck, G./Pietz, J./Schlack, H. (2003): Sensorische Integrations-therapie nach Jean Ayres – Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*; Vol. 151; S. 218-220.

- 
- Karch, D./Moll, G./Hüther, G. (2002): ADHS – Neurobiologische Grundlagen und Behandlung mit Medikamenten. Zusammenfassung der Referate der „Fortbildung in Maulbronn“ am 3. März 2002 zum Thema „Neurobiologische Grundlagen und Therapie bei ADHS“;  
[www.kize.de/5-downloads/publikation29.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikation29.pdf), 2004-03-09; S. 1-11.
- Kemper, F. (1988): Personenzentrierte Psychotherapie bei aggressiven Kindern. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 125-148.
- Kienle, X. (2002): ADHS – Bewertung von Therapieverfahren. Referat bei der „Fortbildung in Maulbronn“ über ADHS am 2. März 2002 in Maulbronn;  
[www.kize.de/5-downloads/publikation45.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikation45.pdf), 2004-03-09; S. 1-3.
- Kienle, X. (2003): ADHS – Modediagnosen und Modebehandlung? Überarbeitetes Referat bei der „Fortbildung in Maulbronn“ über Nichtmedikamentöse Therapie bei ADHS am 29.03.2003;  
[www.kize.de/5-downloads/publikationen.pdf](http://www.kize.de/5-downloads/publikationen.pdf), 2004-03-09; S. 1-4.
- Klasen, E. (1996): Psychologische Aspekte und Hilfen bei Hyperaktivität. In: Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.; [www.osn.de/user/hunter/ii-96-a2.htm](http://www.osn.de/user/hunter/ii-96-a2.htm), 2004-03-09; S. 1-6.
- Kluge, H. (2002): Hilfe für das ADS-Kind mit Heileurythmie und Homöopathie. Der Naturarzt; Vol. 142; Nr. 4; S. 24.
- Ko, M. (1994): Shinson Hapkido – Bewegung für das Leben. Darmstadt: Eigenverlag.
- Kraft, I. (2000): Da ist Damp(f) dahinter – Vom Umgang mit ADS in der dänischen Schulpsychologie. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 215-231.
- Kramer, E. (1991): Sublimierung und Kunsttherapie. In: Rubin, J.A. (Hrsg.): Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie – Theorie und Praxis. Karlsruhe: Gerard, 1991; S. 45-62.

- 
- Kraul, A. (1998): Die Werthorientierung – Die ideengeschichtliche Bedeutung von Wertorientierungen im Psychotherapieschulenvergleich. In: *Psychotherapeut*; Vol. 43; Nr. 1; S. 32-38.
- Krause, K.-H./Krause, J./Trott, G.-E. (1998): Das hyperkinetische Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) des Erwachsenenalters. In: *Nervenarzt*, Vol. 69; S. 543-556.
- Krause, K.-H./Krause, J./Trott, G.-E. (1999): Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift*; Vol. 124; Nr. 44; S. 1309-1313.
- Kris, E. (1977): Die ästhetische Illusion – Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (1999): Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie. In: Petzold, H./Märtens, M. (Hrsg.) (1999): *Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; S. 273-284.
- Kruse, U. (1999): Problemfall Zappelkind. In: *Die Zeit*; Nr. 7; S. 61.
- Lachmann-Chapin, M. (1991): Kunsttherapie unter dem Aspekt der Selbstpsychologie. In: Rubin, J.A. (Hrsg.) (1991): *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie – Theorie und Praxis*. Karlsruhe: Gerardi; S. 93-110.
- Laufer, M.W. (1975): In Osler's Day it was Syphilis. In: Anthony, E.J. (1975): *Explorations in child Psychiatry*. New York: Holt, Rinehart and Winston; S. 183-192.
- Laufer, M.W./Denhoff, E./Solomons, G. (1957): Hyperkinetic Impulse Disorder in Children's Behavior Problems- In: *Psychosomatic medicine*; Vol. XIX; Nr. I; S. 38-49.
- Lauth, G.W./Schlottke, P.F. (1995): *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union, 2., korrigierte Auflage.

- 
- Lazar, S.W./Bush, G./Gollub, R.L./Friccione, G.L./Khalsa, G./Benson, H. (2000): Functional brain mapping of the relaxation and meditation. In: *Autonomic Nervous System*; Vol. 11; Nr. 7; S. 1581-1585.
- Lehmkuhl, U. (1988): Überlegungen zur Therapie hyperaktiver und aggressiver Kinder. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie*. Berlin: Springer; S. 83-96.
- Lempp, R. (1981): Einwirkungen unseres Bildungskonzeptes auf Kinder mit leichten Hirnfunktionsstörungen. In: *Verhaltensauffälligkeiten und Sprachstörungen*, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 11; S. 17-23.
- Lempp, R. (1987): Was ist zu tun? & Nachwort zu: Hartmann, J. (1987): *Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie*. München: Beck, 5. unveränderte Auflage 1994; S. 90-118.
- Liebrand, M. (2002): Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität - Eine Analyse neurophysiologischer und kulturhistorischer Forschungen aus pädagogisch-psychologischer Sicht. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*; Nr. 6; S. 228-235.
- Limberg, R. (1993): *Kunsttherapie: Ästhetische Organisation und psychische Struktur. Symbolbildung zwischen Primär- und Sekundärprozess*. In: Wichelhaus, B. (Hrsg.): *Kunsttheorie, Kunstpsychologie, Kunsttherapie*. Düsseldorf/Berlin: Cornelsen; S. 254-263.
- Limberg, R. (1998): *Kunsttherapie bei frühen Störungen*. Aachen: Shaker.
- Löser, H. (1995): *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. Stuttgart: Gustav Fischer; S. 59-70: Hirnfunktionsstörungen, Verhalten, Psychopathologie.
- Macbeth, J. (1991): Das Hochseesegeln. In: Csikszentmihalyi M./Csikszentmihalyi I.S. (Hrsg.) (1991): *Die außergewöhnliche Erfahrung im Alltag – Die Psychologie des FLOW-Erlebnisses*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. in der Ausstattung veränderte Auflage 1995; S. 233-253.

- 
- Martinez, J.M./Marangell, L.B. (2004): Omega-3 fatty: Do „fish oils” have a therapeutic role in psychiatry? In: Current Psychiatry online; Vol. 3; Nr. 1; [www.currentpsychiatry.com/2004\\_01/0104\\_omega-3\\_fatty\\_acids.asp](http://www.currentpsychiatry.com/2004_01/0104_omega-3_fatty_acids.asp), 2004-03-09 ; S. 1-6.
- Martinius, J. (2003a): Methylphenidat (Concerta D). In: Internistische Praxis; Vol. 43; Nr. 3; S. 651-652.
- Martinius, J. (2003b): Mogelpackung – Stellungnahme zu Zappelin. In: Pädiatrische Praxis; Vol. 63; Nr. 1; S. 168-169.
- Maslow, A.H.(2002): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt, 9. Auflage. Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Maslow, A.H.(1954): Motivation and Personality. New York: Harper and Row.
- Matsumoto, M./Smith, C. (2002): Progressive Muscle Relaxation, Breathing Exercises, and ABC Relaxation Theory. In: Journal of Clinical Psychology; Vol. 57; Nr. 12; S. 1551-1557.
- Mattner, D. (2001): Hyperaktivität aus der Sicht der heilpädagogischen Anthropologie. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 13-27.
- Miller, Y./Kuschel, A./Hahlweg, K.(2002): Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zu Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; Vol. 51; Nr. 6; S. 441-453.
- Molina, B.S.G./Pelham, W.E. (2003): Childhood Predictors of Adolescent Substance Use in a Longitudinal Study of Children with ADHD. In: Journal of Abnormal Psychology; Vol. 112; 3; S. 497-507.
- Moll, G.H./Rothenberger, A./Rüther, E./Hüther, G. (2002): Entwicklungspsychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse tierexperimenteller Modelluntersuchungen bei der Ratte – Veränderungen der Ausreifung monoaminerger Systeme durch Psychopharmaka-Gaben im frü-

- hen Entwicklungsalter. In: Psychopharmakontherapie; Vol. 9; Nr. 1; S. 15-24.
- Naumann, K. (2000): Multimodale Therapie und deren Evaluation bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 211-220.
- Neuhaus, C. (2000a): Das ist ja wieder typisch! – ADS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Extravaganzen, Stimmungslabilitäten, Somatisierungstendenzen. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 94-117.
- Neuhaus, C. (2000b): Nicht mit Dir und nicht ohne Dich! Die Bedeutung von ADS in der Paarbeziehung. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 232-255.
- Oerter, R./Montada, L. (Hrsg.) (1982): Entwicklungspsychologie. Psychologie Weinheim: Verlags Union. 1995, 3. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Orlinsky, D.E. (1999): Learning from Many Masters – Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Überarbeitete Fassung eines Vortrages zur 43. Lindauer Psychotherapiewochen 1993. In: Petzold, H./Märtens, M. (Hrsg.) (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien – Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske und Budrich; S. 31-44.
- Orlinsky, D.E./Grawe, K./Parks, B.K. (1994) Process and Outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin, A.E. /Garfield, S.L. (1994) (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change; S. 270-376.
- Passolt, M. (2001): Im Dialog mit hyperaktiven Kindern. Psychomotorische Therapie im Netzwerk von Alltag, Familie, Schule und Gesellschaft. In: Passolt, M.

- 
- (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 28-49.
- Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt.
- Patterson, G.R. et al. (1992): Antisocial Boys. Eugene – Oregon: Castalda.
- Perry, B.D./Pollard, R.A./Blakley, T.L./Baker, W.L./Vigilante, D. (1995): Kindheits-trauma, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. Übersetzt von Vorspohl, E.. In: Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie; Heft 99; Vol. 29; Nr. 3; S. 277-307.
- Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft - Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Berlin: Springer.
- Petersen, P. (2000): Künstlerische Therapien – Wege zur psychosozialen Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt; Vol. 97; Nr. 14; S. B-779-781.
- Piaget, J. (Hrsg.: Fatke, R.) (1981): Meine Theorie der geistigen Entwicklung. München, Kindler, ungekürzte Ausgabe, 1983, Frankfurt: Fischer.
- Pomerantz, J.M. (2001): Behavioral Health Matters: Omega-3 Fatty Acids and Mental Health. In: Drug Benefit Trends; Vol. 13; Nr. 6; S. 2bh-3bh.
- Poustka, F. (2000): Zur Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms (HKS) mit Stimulanzien. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 165-174.
- Power, T.J. (1992): Contextual Factors in Vigilance of Children with ADHD. In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 20; Nr. 6; S. 579-593.
- Pozzi, M.E. (2002): Ritalin für wen? In: Bovensiepen, G./Hopf, H./Molitor, G. (Hrsg.) (2002): Unruhige und unaufmerksame Kinder – Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms. Frankfurt: Brandes & Apsel; S. 165-188.

- 
- Rech, P.: Das Grundlagenproblem von Kunsttherapie: Poiesis und Katharsis. In: Baukus, P./Thies, J. (Hrsg.) (1993): Aktuelle Tendenzen in der Kunsttherapie. Stuttgart: Fischer; S. 135-144.
- Quaschner, K. (2000): Hyperkinetische Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2000): Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine praktische Einführung. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; S. 144-147.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. 2002, 5. unveränderte Auflage.
- Reh, M.E. (1984): Nahrungsbedingte Hypermotilität und Lernstörungen? Ein Beitrag zum hyperkinetischen Syndrom bei Kindern unter Berücksichtigung klinischer Befunde und tierexperimenteller Untersuchungen. Dissertation, Tübingen: Eberhard-Karls-Universität– Medizinische Fakultät; S. 137-217.
- Remschmidt, H. (1987): Anlage-Umwelt-Problem. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (1979): Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine praktische Einführung. Stuttgart: Thieme, 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, 1987; S. 88.
- Reuner, G./Oberle, A. (2000): ADS und was sonst noch? Anfallsleiden, Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen –Komorbiditäten, Ursachen, Konsequenzen. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 139-149.
- Richter, H.-G. (1984): Pädagogische Kunsttherapie. Hamburg: Dr. Kovač, 2. Auflage 1999.
- Richter, H.-G. (1987): Die Kinderzeichnung: Entwicklung, Interpretation, Ästhetik. Berlin: Cornelsen.
- Robin, A.L. (1990): Training Families with ADHD Adolescents. In: Barkley, R.A. et al. (1990) : Attention-deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis an treatment. New York: Guilford Press; S. 462-497.

- 
- Rogers, C.R. (1993): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt a.M.: Fischer. Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Rogers, C.R. (1951): Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Rosenthal, R. (1963b): On the Social psychology of the Psychological Experiment: The Experimenter's Hypothesis as Unintended Determinant of Experimental Results. In: American Scientist; Vol. 53; S. 268-283.
- Rosenthal, R./Fode, K.L. (1963a): Psychology of the Scientist: V. Three experiments in experimenter bias. Psychological Reports., 12, 491-511.
- Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in divers methods od psychotherapy. In: American Journal of Orthopsychiatry; Vol. 6; S. 412-415.
- Roth, N./Schlottke, P.F./Klepel, H. (1992): Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder: Erklärungsansätze, psychophysiologische Korrelate und Behandlungskonzepte. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie; Vol. 1; Nr. 2; S. 77-84.
- Rothenberger, A. (1988): Klassifikation und neurobiologischer Hintergrund des hyperkinetischen Syndroms (HKS). In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin: Springer; S. 5-26.
- Rothenberger, A. (2002): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (AHDS) und Stimulanzen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Vol. 30; Nr. 3; S. 159-161.
- Rubia, K./Overmeyer, S./Taylor, E./Brammer, M./Williams, S.C.R./Simmons, A./Bullmore, E.T. (1999): Hypofrontality in Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Higher-Order Motor Control: A Study with MRI. In: American Journal of Psychiatry; Vol. 156; Nr. 6; S. 891-896  
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/6/891>, 2003-12-29.
- Rüger, B. (1999): Über Statistische Methoden in de Psychotherapieforschung. In: Fäh, M. /Fischer, G. (Hrsg.) (1998): Sinn und Unsinn in der Psychothera-

- pieforschung: Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial-Verlag; S. 52-81.
- Rutter, M. (1989): Attention Deficit Disorder/Hyperkinetic Syndrome: Conceptual and Research Issues Regarding Diagnosis and Classification. In: Sagvolden, T./Archer, T. (Hrsg.) (1989): Attention deficit disorder: Clinical and basic research. New Jersey: Erlbaum, ; S. 1-24.
- Ryffel, M.H. (2002): Kritisches zur Kritik an der Stimulanzientherapie von ADS – Betroffenen. Vortrag zum 25jährigen Jubiläum von ELPOS Zentralschweiz am 26. Oktober 2002;  
[www.adhs.ch/download/Kritik.pdf](http://www.adhs.ch/download/Kritik.pdf), 2004-03-09; S. 1-6.
- Ryffel, M.H. (2003): Langzeiterfahrungen mit Stimulanzien bei ADHS: Empfehlungen für die Praxis. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Vol. 13; Nr. 1; S. 27-47.
- Sahm, S (1999):. Gegen die Unruhe von Körper und Geist. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11.08.1999;  
[www.s-line.de/homepages/ads/Presse/EFAZ110899.html](http://www.s-line.de/homepages/ads/Presse/EFAZ110899.html), 2003-11-20.
- Salomon, G. (1981): Self-Fulfilling and Self-Sustaining Prophecies and the Behaviors That Realize Them. American Psychologist; Vol. 36; S. 1452-1453.
- Sandberg; S./Garralda, M.E. (1996): Psychosocial contributions. In: Sandberg; S. (Ed.) Hyperactivity Disorders of Childhood. Cambridge: Cambridge University Press; S. 280-328.
- Schachar, R.J. (1986): Hyperkinetic Syndrome, Historical Development of the Concept. In: Taylor, E.A. (1986) (Hrsg.): The Overactive Child. London: Spastics International; S. 19-40.
- Schachar, R.J./Tannock, R./Cunningham C. (1996): Treatment. In: Sandberg; S. (Ed.) Hyperactivity Disorders of Childhood. Cambridge: Cambridge University Press; S. 433-476.

- 
- Schauenburg, H. (2000): „Strength through diversity“ – wo steht die Psychotherapieforschung heute? In: *Psychotherapeut*; Vol. 45; S. 380-381.
- Scheich, S./Oleksiw, K. (1994): Die Atmung – atmen alte Menschen anders? Atmungsvorgänge bei älteren Menschen und die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung. In: *Altenpflege*; Nr. 6; S. 381-384.
- Schlee, B. (2000): Ein Spieltraining für Kinder mit hyperkinetischen Störungen – Eine Untersuchung bei Kindern im Grundschulalter (1. und 2. Jahrgangsstufe). In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann; S. 255-268.
- Schleiffer, R. (1988): Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*; Vol. 37 Nr. 7; S. 242-247.
- Schleiffer, R. (1989): Überlegungen zu einer systemtheoretischen Psychopathologie. In: Du Bois, R. (Hrsg.): *Praxis und Umfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Der Dialog mit Pädiatrie, Justiz, Sozial- und Verhaltenswissenschaften*. Bern: Huber; S. 16 – 26.
- Schleiffer, R. (1994) Zur Unterscheidung von (Sonder)Erziehung und (Psycho)Therapie. In: *Sonderpädagogik*; Vol. 25; Nr. 4; S. 193-204.
- Schleiffer, R. (1995) Zur Unterscheidung von Erziehung und Therapie bei dissozialen Kindern und Jugendlichen. In: *Heilpädagogische Forschung*; Vol. XX; Nr. 1; S. 2-8.
- Schleiffer, R. (1998a): Bindungstheorie und Psychotherapie. In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hg.): *Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körper-Psychotherapie*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel; S. 143 – 158.
- Schleiffer, R. (1998b): Zur Funktion selbstschädigenden Verhaltens. *System Familie*; Nr. 11, 1998; S. 129 – 137.
- Schmidt, L. (1998): *Stubenhocker und Zappelphilipp – Zwei außergewöhnliche Kinder in der Mototherapie*. Dortmund: Borgmann.

- 
- Schmidt, M.H. (1985): Umschriebene Entwicklungsrückstände und Teilleistungsschwächen. In: Remschmidt, H./Schmidt, M.H. (1985): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Band II. Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, M.H./Esser, G. (1988): Ist die MCD tatsächlich nur eine Leerformel? Ein wissenschaftstheoretisches Problem. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Vol. 16; S. 99-102.
- Schubert, I./Lemkuhl, G./Spengler, A./Döpfner, M./von Ferber, L. (2001): Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. Verordnungen in den 90er Jahren. Deutsches Ärzteblatt; Nr. 98; Nr. 9; S. 541-544.
- Schubiner, H./Tzelepis, A./Milberger, S./Lockhart, N./Kruger, M./Kelley, B.J./Schoener, E.P.(2000): Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder Among Substance Abusers. In: Journal of Clinical Psychiatry; Vol. 61; S. 244-251.
- Schulz, J. (2002): ADHS, das „Zappelphilipp-Syndrom“ – Ursachen und therapeutische Möglichkeiten. In: Naturheilpraxis; Nr. 11; S. 1572-1580.
- Schuster, B. (2002): Cola bei ADS. In: Homöopathie Zeitschrift; Nr. 1; S. 54-60.
- Schweyen-Ott, R. (2002): Hyperkinetische Kinder in der homöopathischen Praxis. In: Naturheilpraxis; Vol. 5; S. 711-716.
- Sehringer, W. (1983): Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Heidelberg: Universitäts-Verlag Winter, 1999, 2. vollständig neubearbeitete Auflage.
- Seitz, W./Rausche, A. (1992): Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PFK 9-14). 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P. (1974): Depression and learned helplessness. In: Friedman/Katz M.M.: The psychology of depression. Washington DC.: Winston & Sons; S. 84-124.
- Seligman, M.E.P. (1975): Helplessness – on Depression, Development and Death. San Francisco: Freeman and Company.

- 
- Sernau, J. (2000): Snoezelen als eine Möglichkeit der Entspannungsförderung bei Kindern mit ADS im Grundschulalter. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 247-254.
- Simonsohn, B. (2000): Aufmerksamkeitsstärkungen und Hyperaktivität – ein Problem unserer Zeit. In: Erfahrungsheilkunde; Vol. 8; S.516-527.
- Skrodzki, K. (1996): Das hyperkinetische Syndrom. In: Unser Kind ist hyperaktiv! Was nun? Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.; [www.osn.de/user/hunter/buch-a1.htm](http://www.osn.de/user/hunter/buch-a1.htm), 2004-03-09; S. 1-17.
- Skrodzki, K. (2000): Leben mit Hyperaktivität in Deutschland vor der Jahrtausendwende. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 21-42.
- Skrodzki, K. (2002): ADHS – Bewegung und Bewegungsförderung. In: Praxis der Psychomotorik; Vol. 27; Nr. 2; S. 76-81.
- Slomkowski, C./Klein, R.G./Mannuzza; S. (1995): Is Self-Esteem an Important Outcome in Hyperactive Children? In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 23; Nr. 3; S. 303-316.
- Sonntag, H.G. (2003): Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom – Multimodale Behandlung. Deutsche Ärzteblatt; Vol. 100; Nr. 7; S. A 379-380.
- Spencer, T.J./Biederman, J./Wilens, T.E./Farone, S.V. ( 2002): Novel Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. In: Journal of Clinical Psychiatry; Vol. 63; Nr. 12; S. 16-22.
- Steinhausen, H.-C. (2000b): Klinik und Konzepte der hyperkinetischen Störungen. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.), (2000a): Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 9-37.

- 
- Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993, 3. Auflage.
- Stettner, F. (1998): Was geschieht, ist gut – Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. In: Psychotherapeut; Vol. 43; Nr. 4; S. 209-220.
- Stevens, L.J./Zentall, S.S./Abate, M.L./Kuczek, T./Burgess, J.R. (1996): Omega-3 Fatty Acids in Boys With Behavior Learning, and Health Problems. In: Psychology & Behavior; Vol. 59; Nr. 4/5; S. 915-920.
- Still, G.F. (1902): Some abnormal psychical conditions in children. Lancet, 1, 1008-1012.
- Stork, J./Hüttl, W./Thaler, A.-L. (2001): Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung – Syndrom oder Symptom? Erfahrungen aus der psychoanalytischen Arbeit mit HKS-Kindern und ihren Familien. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 93-110.
- Strauß, B. (2001): Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Vol. 51; s. 425-429.
- Strelow, M. (2002): Neonbabe – Kleinkind mit ADHS-Syndrom. In: Homöopathie-Zeitschrift; Nr. 1; S. 61-64.
- Swanson, J.M./Arnold, L.E./Vitiello, B./Abikoff, H.B. /Wells, K.C./Pelham, W.E./March, J.S./Hinshaw, S.P./H. B./Epstein, J.N. Elliott, G.R./Greenhill, L.L./Hechtman, L./Jensen, P.S./Kraemer, H.C./Kotkin, R./Molina, B./Newcorn, J.H./Owens, E.B./Severe, J./Hoagwood, K./Simpson; S./Wigal, T./Hanley, T./MTA Group (2002): Response to Commentary on the Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Mining the Meaning of the MTA. In: Journal of Abnormal Child Psychology; Vol. 30; Nr. 4; S. 327-332.
- Taylor, E.A. (1986): Childhood Hyperactivity. In: The British Journal of Psychiatry; Nr. 149; S. 562-573.

- 
- Taylor, E.A./Hemsley, R. (1995): Treating Hyperkinetic Disorders in Childhood. In: British Medical Journals, Psychiatric Bulletin; Nr. 310; S. 1617-1618  
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/310/6995/1617>, 2003-12-29.
- Taylor, E.A./Sandberg, S./Thorley, G./Giles, S. (1991): The Epidemiology of childhood hyperactivity. Maudsley Monographs; Nr. 33. New York: Oxford University Press.
- Teicher, M. H./Ito, Y./Glod, C.A./Barber, N. (1996): Objective Measurement and Attentional Problems in ADHD. In: Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry; Vol. 35; Nr. 3; S. 334-342.
- The Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA) Cooperative Group (1999): A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Archives of general psychiatry; Vol. 56; S. 1073-1086.
- Thimm, K./Hüther, G. (2002): Funkstille im Frontalhirn. In: Der Spiegel 2002/11. Berlin: Springer; S. 220-222.
- Trott, G.-E. (2000a): Biologische Ursachen und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie des Hyperkinetischen Syndroms. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 107-122.
- Trott, G.-E. (2000b): Pillen für der Zappelphilipp? Medikation – Ritalin® und andere Medikamente. In: Fitzner, T./Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 270-280.
- Tschuschke, V./Bänninger-Huber, E./Faller, H./Fikenscher, E./Fischer, G./Frohlburg, I./Hager, W./Schiffler, A./Lamprecht, F./Leichsenring, F./Leutzinger-Bohlleber, M./Rudolph, G./Kächle, H. (1998): Psychotherapieforschung – wie man es (nicht) machen sollte – Eine ExpertInnen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Vol. 48; S. 430-444.

- 
- van der Meere, J.J. (1996) : The role of attention. In: Sandberg S (Ed.) *Hyperactivity Disorders of Childhood*. Cambridge: Cambridge University Press; S. 111-148.
- von Lüpke, H. (2001): Hyperaktivität zwischen „Stoffwechselstörung“ und Psychodynamik. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): *Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie*. München: Ernst Reinhardt; S. 111-130.
- von Schwerin, A. (1988): Das hyperaktive Kind in der logopädischen Praxis. In: Franke, U. (Hrsg.) (1988): *Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie*. Berlin: Springer; S. 27-42.
- Walkowiak, J./Wiener, J.-A./Fastabend, A./Heinzow, B./Krämer, U./Schmidt, E./Steingrüber, H.-J./Wundram, S./Winneke, G. (2001): Environmental exposure to polychlorinated biphenyls and quality of home environment: effects on psychodevelopment in early childhood. In: *The Lancet*; Vol. 358; Nr. 10; S. 1602-1607.
- Weber, E. (1998): Der Einfluss von kurzzeitiger körperlicher Bewegung und Musik auf kardiovaskuläre Reaktionen, Konzentration und psychisches Befinden während und nach mentalem Stress. Dissertation: Frankfurt a.M., Zentrum der Inneren Medizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe – Universität.
- Wells, K.C./Epstein, J.N./Hinshaw, S.P./Conners, C.K./Klaric, J./Abikoff, H.B./Abramowitz, A./Arnold, L.E./Elliott, G./Greenhill, L.L./Hechtman, L./Hoza, B./Jensen, P.S./March, J.S./Pelham, Jr., W./Piffner, L./Severe, J./Swanson, J.M./Vitiello, B./Wigal, T. (2000a): Parenting an Family Stress Treatment Outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Empirical Analysis in the MTA Study. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*; Vol. 29; Nr. 6; S. 543-553.
- Wells, K.C./Pelham, W.E./Kotkin, R.A./Hoza, B./Abikoff, H.B./Abramowitz, A./Arnold, E./Cantwell, D.P./Conners, C.K./Del Carmen, R./Elliot, G./Greenhill, L.L./Hechtman, L./Hibbs, E./Hinshaw, S.P./Jensen, P.S./March,

- 
- J.S./Swanson, J.M./Schiller, E. (2000b): Psychosocial Treatment Strategies in the MTA Study: Rationale, Methods, and Critical Issues in Design and Implementation. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*; Vol.. 28; 6; S. 483–505.
- Wels, P.M.A. et al. (2000): Ambulante Erziehungshilfe durch Video-Home-Training. Bericht über ein Forschungsprogramm zur Implementation bei Hyperaktivität. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann; S. 269-290.
- Wender, P.H. (1976): *Das hyperaktive Kind – Ursachen, Beschreibung und Behandlung einer verbreiteten Verhaltensstörung.* Regensburg: Otto Maier, Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Wender, P.H. (1973): *The Hyperactive Child.* New York: Crown Publishers.
- Wender, P.H. (2000): Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität ADHD bei Erwachsenen. In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): *Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen?* Dortmund: Borgmann; S. 43-74.
- Wender, P.H. (2002): *Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer.* Stuttgart: Kohlhammer, Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Wender, P.H. (2000): *ADHD: attention deficit hyperactivity disorder in children and adults.* New York: Oxford University Press.
- Wenzel, P. (2000): Auch Pferde können helfen – Therapeutisches Reiten für Kinder mit ADS. In: Fitzner, T./Stark, W. (2000): *ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität.* Weinheim: Beltz; S. 281-290.
- Westphal, S.P. (2003): Bed-wetters could breathe easier. *NewScientist.com*; [www.newscientist.com/news/print.jsp?id=ns99994001](http://www.newscientist.com/news/print.jsp?id=ns99994001), 2003-08-07; S. 1-2.

- 
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1967): International Classification of Diseases, 8th Revision, **ICD-8**. Deutsche Bearbeitung:  
Richterich, R./Ehrensgruber, H./Tschanz, H.R. (1968): Internationale Klassifikation der Krankheiten – Monografie Nr.1 – Datenverarbeitung in der Medizin. Basel: Karger.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1978): International Classification of Diseases, 9th Revision, Chapter 5, **ICD-9**. Deutsche Bearbeitung:  
Degkwitz, R./Helmchen, H./Kockott, G./Mombour, W. (1980): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin: Springer, 5. Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1991/2001): Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen, **ICD-10**. Bern: Huber, 2001, 2. korrigierte und ergänzte Auflage.
- Winnicott, D.W. (1973): Winnicott, D.W.: Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler. Originalausgabe:  
Winnicott D.W. (1971): Therapeutic Consultations in Child Psychiatry. New York: Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1983): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Winnicott, D.W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt a.M.: Fischer; S. 300-319, Deutsche Auflage. Originalausgabe:  
Winnicott D.W. (1958): Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London: Tavistock.
- Wolff, G. et al. (2000): Zum spezifischen Verhaltensmuster beim Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)/Hyperkinetischen Syndrom (HKS). In: Skrodzki, K./Mertens, K. (Hrsg.) (2000): Hyperaktivität – Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund: Borgmann; S. 89-106.
- [www.elposbern.ch](http://www.elposbern.ch), 2003-10-22.
- [www.gwdg.de/~ukyk/goefi.pdf](http://www.gwdg.de/~ukyk/goefi.pdf), 2004-03-06.

- 
- Wölfl, A. (2001): Rhythmische Strukturen in Entwicklungsprozessen. In: Passolt, M. (Hrsg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Ernst Reinhardt; S. 131-139.
- Wysong, P./Adler, L.A. (2003): New Research in Child and Adolescent ADHD. Medscape; [www.medscape.com/viewarticle/457176](http://www.medscape.com/viewarticle/457176), 2004-03-08; S. 1-6.
- Young, D. W. (1999): Wayward kids: understanding and treating antisocial youth. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Zametkin A.J./Lotta, W. (1998): The Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of Clinical Psychiatry; Vol. 59; Nr. 7; S. 17-23.
- Zametkin, A.J. (1995): Attention-Deficit Disorder: Born to be hyperactive. The Journal of the AMA; Vol. 273; Nr. 23; S. 1871-1874.
- Zappala, U. (2000): Getrommel & Gedrohne – Eine praktische Anleitung. In: Fitzner, T/Stark, W. (2000): ADS – Verstehen, akzeptieren, helfen. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität und ohne Hyperaktivität. Weinheim: Beltz; S. 291-296.
- Zepf, S./Hartmann, S. (2002): Wissenschaftliche Prüfung und wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren – Einige grundsätzliche Anmerkungen zu den Prüfkriterien des wissenschaftlichen Beirats „Psychotherapie“. In: Psychotherapeut; Vol. 47; Nr.5; S. 278-284.