

# Hyperkinetische Störungen

*Manfred Döpfner, Stephanie Schürmann und Gerd Lehmkuhl*

Hyperkinetische Störungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen stellen neben den aggressiven Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens) die häufigsten Auffälligkeiten im Kindesalter dar. Sie sind durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität) gekennzeichnet. Diese Auffälligkeiten sind vor dem Alter von sechs Jahren meist gut erkennbar und treten in der Regel in mehreren Situationen und Lebensbereichen auf – in der Familie, im Kindergarten, in der Schule oder auch in der Untersuchungssituation. Tabelle 1 zeigt die Kriterien für die Diagnose dieser Störung, wie sie in den beiden derzeit gültigen internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling et al., 1991; 1994) und DSM-IV (Saß et al., 1996) definiert werden. Störungen der Aufmerksamkeit sowie der Hyperaktivität und der Impulsivität müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem Ausmaß vorhanden sein, das zu einer Fehlanpassung führt und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht angemessen ist. Beide Diagnosesysteme unterscheiden sich zwar nur unwesentlich in der Definition der einzelnen Kriterien, wohl aber in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung vorliegen müssen.

Das ICD-10 fordert, daß sowohl Störungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der Aktivität für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung vorhanden sein müssen. Demgegenüber unterscheidet das DSM-IV zwischen dem gemischten Subtypus, bei dem vergleichbar zum ICD-10 alle Kernsymptome auftreten, dem vorherrschend unaufmerksamen Subtypus und dem vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtypus. Bei Jugendlichen, die nicht mehr alle notwendigen Symptome zeigen, kann die Diagnose nach DSM-IV durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden.

Hyperkinetische Störungen gehören zu jenen Störungsbildern, bei denen in der Regel nicht ein einzelner, sondern mehrere Funktions- und Lebensbereiche beeinträchtigt sind. Neben den Kernsymptomen (Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und Hyperaktivität), die in unterschiedlicher Intensität in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe) auftreten können, liegen häufig aggressive Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffällig-

keiten, Entwicklungs- und Schulleistungsstörungen sowie Störungen der Familieninteraktionen und der Familienbeziehungen vor (vgl. Döpfner, 2000).

**Tabelle 1:**

Symptom-Kriterien der hyperkinetischen Störung nach ICD-10 (Forschungskriterien) und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

**A) Unaufmerksamkeit:**

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die längerandauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Läßt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagsaktivitäten häufig vergeblich.

**B) Hyperaktivität:**

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht {häufig} in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. {Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er „getrieben.“}  
[Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.]

**C) Impulsivität:**

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist [bei Spielen oder in Gruppensituationen].
3. Unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein).
4. Redet häufig übermäßig viel [ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren].  
{Im DSM-IV unter Hyperaktivität subsumiert.}

{ } = nur DSM-IV; [ ] = nur ICD-10

Angaben zur Häufigkeit von hyperkinetischen Störungen weisen aufgrund der unterschiedlichen diagnostischen Kriterien ein breites Spektrum auf. Die in verschiedenen epidemiologischen Studien festgestellten Prävalenzraten schwanken zwischen 3 % und 15 %. Studien, die mit operational streng definierten Kriterien vorgehen, kommen meist übereinstimmend zu Häufigkeitsangaben von 3 % bis 8 %. Jungen sind gegenüber Mädchen deutlich häufiger

betroffen, das Verhältnis wird zwischen 3:1 und 9:1 angegeben (vgl. Döpfner, 2000).

Bei der Erkennung und Behandlung hyperkinetischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind die altersspezifischen Ausprägungen zu beachten. Im Säuglingsalter werden von den Müttern gehäuft besonders hohe Aktivität, Schlafprobleme, Eßschwierigkeiten und gereizte Stimmungslage berichtet. Jedoch entwickelt die Mehrzahl der Kinder mit solchen Temperamentsproblemen im weiteren Verlauf keine hyperkinetischen Störungen. Im Kindergartenalter besteht meist bereits eine deutliche Hyperaktivität bei geringer Aufmerksamkeitsspanne und häufig auch oppositionelles Verhalten. Allerdings sind im Alter von drei Jahren hyperkinetische Kinder noch schwer von besonders aktiven Kindern mit noch altersgemäßem Bewegungsdrang zu unterscheiden. Die Kinder weisen eine ziellose Aktivität auf, können schlecht spielen und sich kaum alleine beschäftigen. In mehreren Studien konnte die hohe Stabilität der Symptomatik vom Vorschul- bis in das Grundschulalter hinein nachgewiesen werden (vgl. Döpfner, 1993), wobei mit dem Schuleintritt relative Leistungsschwächen und Probleme in Gruppensituationen deutlicher hervortreten. Die Eltern berichten vermehrt über aggressiv-oppositionelle Verhaltensweisen in der Familie. Alltägliche Routineaufgaben und Pflichten gelingen nur ungenügend und die Eltern fühlen sich zunehmend psychisch belastet.

In der Adoleszenz kommt es zwar zu einem deutlichen Rückgang der motorischen Unruhe, die Aufmerksamkeitsdefizite bestehen jedoch häufig weiter und die dissozialen Tendenzen nehmen zu, hauptsächlich bei jenen Kindern, die zuvor bereits aggressive Verhaltensauffälligkeiten entwickelt hatten. Jugendliche, die als Kinder hyperkinetisch waren, besitzen ein erhöhtes Risiko zum Alkoholmißbrauch, werden häufiger in Autounfälle verwickelt und verlassen die Schule öfter ohne einen Abschluß. Die nicht selten begleitend vorhandenen emotionalen Probleme, verbunden mit einem verminderten Selbstwertgefühl, dürfen nicht übersehen werden. Insgesamt stellen hyperkinetische Störungen häufig eine erhebliche Beeinträchtigung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in mehreren Lebens- und Funktionsbereichen dar; sie sind mit einem erheblichen Chronifizierungsrisiko bis ins Erwachsenenalter hinein verknüpft.

## 1 Beschreibung des Störungsbildes

Der neunjährige Michael ist das mittlere Kind einer zum Zeitpunkt der Erstvorstellung 38jährigen Hausfrau und eines 39jährigen Technikers. Er hat eine 13jährige Schwester und einen vierjährigen Bruder. Familienanamnestisch ist eine Schilddrüsenunterfunktion bei der Mutter bekannt. Nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt war Michael etwa zwei Wochen wegen eines Atemnotsyndroms aufgrund von Flüssigkeitsaspiration in stationärer Behandlung. Die frühkindliche Entwicklung verlief ansonsten altersgemäß. Ab dem

vierten Lebensjahr besuchte er den Kindergarten, war dort motorisch unruhig und häufig nicht in der Lage, angefangene Arbeiten oder Spiele zu beenden. Die Einschulung erfolgte dann mit sechs Jahren. Zum Vorstellungszeitpunkt besuchte er die dritte Klasse der Grundschule mit extremen Leistungsschwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben.

Michael wird von seinen Eltern vorgestellt, weil er in der Schule unruhig, unkonzentriert und ablenkbar ist und auch zu Hause – beispielsweise beim Mittagessen – viel in Bewegung ist. Für die Hausaufgaben braucht er extrem lange. Häufig verweigert er die Hausaufgaben, vor allem beim Lesen und Schreiben. Es kommt dann zu regelrechten Machtkämpfen zwischen Mutter und Michael. Ansonsten ist er eigentlich nicht übermäßig aggressiv. Er versteht sich auch mit seinen Geschwistern ganz gut und hat viele Freunde. Michael kann auch besonders intensiv und ausdauernd Lego spielen. Er ist ein Kind, das nach Einschätzung der Eltern klare Absprachen und Regeln braucht, um sich daran zu halten. Wenn die Mutter einmal nicht konsequent ist, nutzt Michael dies sofort aus und versucht, Regeln zu umgehen. Der Vater ist eher nachgiebiger, was alle drei Kinder auszunutzen versuchen.

Die Hauptprobleme liegen jedoch in Michaels schulischem Verhalten. Die Lehrerin klagt, daß Michael kaum Ausdauer im Unterricht zeige, ständig abgelenkt sei und sich auch wenig zutraue, wenn es um neue Aufgaben gehe. Diese Probleme seien seit der Einschulung aufgetreten, allerdings hätten sich die Schwierigkeiten jetzt in der dritten Klasse deutlich verschärft. Michael habe auch zunehmend weniger Lust, in die Schule zu gehen, während er in den Anfangsklassen recht freudig die Schule besucht habe. Von Anfang an habe er Schwierigkeiten mit dem Lesen und dem Schreiben gehabt. Die ersten ungeübten Diktate in der dritten Klasse habe er „völlig verhauen“.

Michael erzählt, daß er nicht gerne in die Schule geht, weil die Lehrerin oft unzufrieden mit ihm ist und ihn immer wieder ermahnt, besser aufzupassen und nicht so viel herumzutrodeln. Außerdem fällt ihm das Schreiben sehr schwer. Er hat oft das Gefühl, die anderen könnten alles besser als er.

## 2 Differentialdiagnostik

In der Untersuchungssituation wirkte Michael kooperativ, zugewandt und freundlich. Es konnten keine Hinweise auf depressive Symptome festgestellt werden und auch eine altersangemessene motorische Unruhe, Impulsivität oder Ablenkbarkeit waren nicht beobachtbar. Andere Auffälligkeiten konnten in der Untersuchungssituation anhand der Psychopathologischen Befund-Dokumentation (Döpfner et al., 1998 a) nicht festgestellt werden. Bei der körperlichen und neurologischen Untersuchung konnten ebenfalls keine auffälligen Befunde erhoben werden. Das Hirnstrombild war unauffällig.

Anhand der Diagnose-Checkliste – Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS; Döpfner & Lehmkuhl, 1998) wurde auf der Basis der Exploration der Mutter die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Subtypus nach DSM-IV gestellt. Die Forschungskriterien für eine hyperkinetische Störung nach ICD-10 (Dilling et al., 1994) erfüllte Michael nicht, wohl aber die klinischen Kriterien (Dilling et al., 1991). Die motorische Unruhe ist allerdings relativ schwach ausgeprägt.

Mit der Klassenlehrerin wurde telefonisch ein klinisches Interview durchgeführt. Auch auf der Basis dieser Exploration ließ sich anhand der Diagnose-Checkliste – Hyperkinetische Störungen (DCL-HKS) die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Subtypus nach DSM-IV bestätigen. Damit muß die Symptomatik als eine situationsübergreifende Störung eingeschätzt werden, die sowohl in der Familie als auch in der Schule auftritt. Die Forschungskriterien für eine hyperkinetische Störung nach ICD-10 (Dilling et al., 1994) erfüllte Michael auch auf der Basis der Exploration der Lehrerin nicht, wohl aber die klinischen Kriterien (Dilling et al., 1991).

Zur differenzierten Diagnostik und zur weiteren Überprüfung komorbider Auffälligkeiten wurden zusätzlich zur klinischen Exploration mehrere Fragebogenverfahren durchgeführt. Im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4–18; vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998 a) wird Michael von der Mutter sowohl hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit als auch auf den Subskalen als unauffällig eingeschätzt. Im Lehrerfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF; vgl. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993 b) beschreibt die Lehrerin eher schwach ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen (T-Wert 62), ansonsten beurteilt sie Michael weitgehend unauffällig. Die Einschätzungen der Mutter im Fremdbearbeitungsbogen zur Erfassung von hyperkinetischen Störungen (FBB-HKS; Döpfner & Lehmkuhl, 1998) weisen vor allem auf Aufmerksamkeitsstörungen und eine leichter ausgeprägte motorische Unruhe und Impulsivität hin. Diese Beurteilungen entsprechen damit weitgehend der klinischen Einschätzung in der Diagnose-Checkliste.

Im Elternfragebogen über Problemsituationen in der Familie (HSQ-D; vgl. Döpfner et al., 1998 b) gibt die Mutter mehrere Situationen in der Familie an, die sie als belastend erlebt. Allerdings ist die Problemstärke relativ gering. Das einzige Problem, was mit mittlerer Problemstärke bewertet wird, ist die Hausaufgabensituation. In der Checkliste für Eltern über Verhaltensprobleme bei den Hausaufgaben (HPC-D/E; vgl. Döpfner et al., 1998 b) werden von der Mutter vielfältige Verhaltensprobleme bei der Durchführung der Hausaufgaben geschildert. Als besonders problematisch beschreibt die Mutter Michaels Ablenkbarkeit, die extrem verlängerten Hausaufgabenzeiten, das Trödeln von Michael und daß er häufig Arbeitsmaterial vergißt und immer wieder erinnert werden muß, die Hausaufgaben zu machen.

Zum Abschluß der diagnostischen Phase wurden mit den Eltern die Ergebnisse der Diagnostik zusammenfassend besprochen und folgende therapierelevanten Verhaltensprobleme definiert, deren Verminderung Ziel der Behandlung sein sollte:

- Michael will mit den Hausaufgaben nicht beginnen.
- Michael unterbricht die Hausaufgaben ständig und ist durch Kleinigkeiten ablenkbar.
- Michael zeigt vor allem beim Essen eine ausgeprägte motorische Unruhe.

Die Einschätzungen der Lehrerin im Fremdbeurteilungsbogen zur Erfassung von hyperkinetischen Störungen (FBB-HKS) weisen ebenfalls hauptsächlich auf Aufmerksamkeitsstörungen hin. Die Beurteilungen entsprechen weitgehend der klinischen Einschätzung in der Diagnose-Checkliste auf der Basis der Lehrerinterviews.

Mit der Lehrerin wurden zum Abschluß der diagnostischen Phase folgende therapierelevanten Verhaltensprobleme im Unterricht definiert, die durch die Behandlung vermindert werden sollen:

- Konzentrationsschwierigkeiten und starke Ablenkbarkeit beim Bearbeiten von Aufgaben;
- mangelnde Ausdauer, vor allem beim Bearbeiten von Aufgaben, die Michael noch nicht gut kann;
- Selbstunsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit.

Neben den Verfahren der Verhaltensdiagnostik wurden Instrumente zur Leistungs- und zur Familiendiagnostik eingesetzt. Bei der testpsychologischen Untersuchung erreichte Michael im Grundintelligenztest (CFT 1; Weiß & Osterland, 1977; IQ=98) und in der Kaufman Assessment Battery (K-ABC; Kaufman & Kaufman, 1991; SW=98) eine durchschnittliche Intelligenzleistung. Beim CFT 1 fiel auf, daß Michael in der Auge-Hand-Koordination etwas unbeholfen wirkte und dadurch in den beiden ersten Testteilen schlechtere Ergebnisse erzielte als in der logischen Denkfähigkeit. Im K-ABC ergaben sich bezüglich des simultanen und sukzessiven Verarbeitungsstils keine signifikanten Differenzen. Die Fertigkeitenskala (erworbenes Wissen) lag im unteren Durchschnittsbereich (SW=88). Hierbei zeigte sich eine signifikante individuelle Schwäche im Untertest Lesen und Verstehen. In der Skala intellektueller Fähigkeiten ergab sich ein recht ausgeglichenes Leistungsprofil. Im Diagnostischen Rechtschreibtest DRT 3, erzielte Michael mit einem Prozentrang von 1 ein weit unterdurchschnittliches Ergebnis. Damit ist neben der hyperkinetischen Störung die Diagnose einer Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0) zu stellen.

Im Family Relations Test für Kinder (FRT-K; Bene & Anthony, 1957) beschreibt Michael eine überwiegend positiv geprägte Beziehung zu beiden Elternteilen, die als altersadäquat zu beurteilen ist. Auch die negativen Beziehungsanteile gegenüber den Eltern liegen im Durchschnittsbereich. In der Beziehung zur älteren Schwester beschreibt Michael sowohl positive als auch

negative Anteile, die sich im altersangemessenen Bereich befinden. Zum jüngeren Bruder ergibt sich eine deutlich positiv geprägte Beziehung, mit ebenfalls durchschnittlichen negativen Anteilen.

In der Erwachsenen-Version des Family Relations Tests (Bene & Anthony, 1957), der von der Mutter bearbeitet wurde, zeigt sich, daß die Mutter ihre Familie insgesamt als deutlich positiv wahrnimmt. Von ihrem Ehemann fühlt sie sich manchmal ein bißchen im Stich gelassen. Sie beschreibt ihn als zu brummig, ohne Grund ärgerlich, manchmal schlecht gelaunt und nicht immer hilfsbereit. Sie wünscht sich, daß er mehr im Haushalt tun und im Familienleben eine „wichtigere Rolle“ spielen sollte. Sie selbst beschreibt sich als jemanden, der nicht gut mit Problemen umgehen kann.

Differentialdiagnostisch lassen sich folgende Störungsbilder ausschließen:

- **Altersgemäße Verhaltensweisen bei aktiven Kindern:** Die hyperkinetische Symptomatik ist zwar sowohl nach der klinischen Einschätzung als auch nach dem Urteil der Mutter und der Lehrerin nicht massiv ausgeprägt, jedoch haben die Auffälligkeiten ein Ausmaß erreicht, das das Funktionsniveau von Michael sowohl in der Schule als auch in der Familie erheblich beeinträchtigt. Als eine altersgerechte Normvariation kann das Verhalten deshalb nicht mehr beurteilt werden.
- **Durch Medikamente oder durch neurologische Störungen bedingte hyperkinetische Symptomatik:** Michael nimmt regelmäßig Medikamente ein, und es gibt keine Hinweise auf eine neurologische Störung (z. B. ein Anfallsleiden), die die Symptomatik auslösen könnte.
- **Hyperkinetische Symptome bei schulischer Überforderung:** Eine generelle schulische Überforderung ist durch die Intelligenzdiagnostik ausgeschlossen worden.
- **Hyperkinetische Symptome bei schulischer Unterforderung:** Michael ist nicht weit überdurchschnittlich begabt. Eine schulische Unterforderung kann daher ausgeschlossen werden.
- **Hyperkinetische Symptome bei Intelligenzminderung:** Vor allem Symptome der Aufmerksamkeitsschwächen, aber auch erhöhte Unruhe und Impulsivität tritt bei Kindern mit Intelligenzminderung üblicherweise auf. Die Intelligenzdiagnostik gibt bei Michael keine Hinweise auf eine Intelligenzminderung. Daher kann eine Lernbehinderung differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden.
- **Hyperkinetische Symptome als Folge chaotischer psychosozialer Bedingungen:** Die Familien- und die Schulsituation ist gut organisiert. Daher können chaotische psychosoziale Bedingungen als Ursachen für hyperkinetische Symptome ausgeschlossen werden.
- **Oppositionelle Verhaltensweisen:** Kinder mit oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten können gegen Arbeiten oder schulische Aufgaben Widerstand leisten, die Anstrengung und Aufmerksamkeit verlangen, da sie nicht gewillt sind, sich den Forderungen anderer anzupassen. Oppositionelle Verhaltensweisen sind bei Michael mit Ausnahme von verweigerndem Verhalten bei den Hausaufgaben nicht beobachtbar. Die Kriterien für eine op-

positionelle Verhaltensstörung sind nicht erfüllt. Aufmerksamkeitsstörungen stehen im Vordergrund der Symptomatik. Das oppositionelle Verhalten wird als Folge der Schulleistungsschwächen im Lesen und Schreiben sowie der hyperkinetischen Symptomatik interpretiert.

- **Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens:** Da keine Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen, kann die ICD-10-Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhalten (F91.0) ausgeschlossen werden.
- **Psychomotorische Erregung und Konzentrationsstörungen bei affektiven Störungen und Angststörungen:** Diese Symptome lassen sich manchmal nur schwer von der Hyperaktivität und den Aufmerksamkeitsstörungen einer hyperkinetischen Störung unterscheiden. Ein Unterscheidungsmerkmal kann der Verlauf sein: Hyperkinetische Störungen haben einen kontinuierlichen Verlauf mit Beginn im Vorschulalter, affektive Störungen treten meist später auf und verlaufen üblicherweise weniger kontinuierlich. Bei Michael läßt sich ein kontinuierlicher Verlauf der Symptomatik seit dem Kindergartenalter feststellen; zudem liegen keine Hinweise auf ausgeprägte emotionale Störungen vor. Die Selbstwertprobleme von Michael, die vor allem die Lehrerin berichtet, werden als Folge der Schulleistungsschwächen und der schulischen Probleme im Zusammenhang mit der hyperkinetischen Symptomatik interpretiert.

### 3 Erklärungsansätze

Als Ursachen hyperkinetischer Störungen wird generell eine multifaktorielle Genese zugrundegelegt, wobei biologischen und konstitutionellen Merkmalen vermutlich eine entscheidende ursächliche Rolle zukommt, während psychosoziale Faktoren die Ausprägung und den Verlauf der Störung wesentlich beeinflussen können (vgl. Döpfner, 2000).

Barkley (1989) entwickelte ein Modell der Störung des regelgeleiteten Verhaltens, in dem er ebenfalls eine neuropsychologische Disposition als Grundlage der Störung annimmt. Das Modell geht davon aus, daß hyperkinetische Verhaltensstörungen unter einer starken Kontrolle von Umweltkontingenzen stehen müssen, weil sie sich in wechselnden Situationen dramatisch ändern können. Als grundlegende psychologische Defekte werden nicht Verhaltens- oder kognitive Defizite, sondern Störungen in der Beziehung von Umwelteignissen (Stimuli, Regeln, Konsequenzen) und dem Verhalten postuliert (siehe Döpfner, 2000).

Dieses Modell stellt eine wesentliche theoretische Grundlage für die Entwicklung von Elterntrainings und von Interventionen im Kindergarten und in der Schule dar. Das Ziel dieser Interventionen muß es sein, Stimuli und Kontingenzen innerhalb der Familie so zu setzen, daß die Störungen regelgeleiteten Verhaltens vermindert werden können. Welche Auswirkungen diese Störungen

auf die Eltern-Kind-Interaktion haben, zeigt das von Barkley (1981) entwickelte Interaktionsmodell (vgl. Döpfner, 2000). Danach beachten hyperkinetisch auffällige Kinder Aufforderungen und Grenzsetzungen der Eltern gehäuft nicht. Es kommt zu einem Teufelskreis aus Wiederholung von Aufforderungen durch die Eltern und Nichtbeachtung durch das Kind, was schließlich meist dazu führt, daß die Eltern dem Kind seinen Willen lassen. Dieses inkonsistente Erziehungsverhalten führt zu einer negativen Verstärkung und damit zur einer Zunahme des Problemverhaltens.

Im Fall von Michael ist sowohl bei der Mutter als auch bei dem Vater vor allem in der Hausaufgabensituation ein solches inkonsistentes Erziehungsverhalten festzustellen. Schließlich können diese Interaktionsformen dazu führen, daß in der Interaktionsbilanz negative Eltern-Kind-Interaktionen gegenüber positiven Erfahrungen überwiegen. Ein solches Mißverhältnis zwischen positiven und negativen Interaktionen hat sich bei Michael zwar (noch) nicht auf die gesamte Familiensituation ausgebreitet, wie die Ergebnisse der Familiendiagnostik zeigen. Allerdings überwiegen solche negativen Interaktionen in der Hausaufgabensituation völlig.

Das Interaktionsmodell läßt sich auch auf Lehrer-Kind-Interaktionen anwenden. Hier zeigt sich bei Michael, daß negative Lehrer-Kind-Interaktionen, trotz der intensiven Bemühungen der Klassenlehrerin erheblich zugenommen haben. Michael erlebt die Lehrerin in hohem Maße als ermahnend und er spürt darüber hinaus seine Leistungsdefizite, wodurch die Schulsituation für ihn noch aversiver wird.

#### 4 Interventionsprinzipien

Aufgrund der vielfältigen Lebens- und Funktionsbereiche, die bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen beeinträchtigt sind, verwundert es nicht, daß mit einem isolierten Behandlungsansatz häufig nicht die gewünschten Effekte erzielt werden, sondern eine multimodale Therapie notwendig ist. Entsprechend fordern die Behandlungsleitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1991) ein multimodales Vorgehen unter Einbeziehung von Psychotherapie, von psychosozialen Interventionen und von Pharmakotherapie (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 1993; Taylor et al., 1998). Bei der Planung einer multimodalen Behandlung und der Auswahl der Interventionsformen sollte ein Grundprinzip berücksichtigt werden: Die Situationsspezifität der Symptomatik und ihre vielfältigen Ausprägungsformen gebieten, daß die Therapie dort anzusetzen hat, wo die Probleme auftreten – beim Kind, in der Familie, in der Schule, bei den Aufmerksamkeitsschwächen, der Impulsivität, der Hyperaktivität oder der Aggressivität. Dieses Prinzip ist deshalb von außerordentlicher Bedeutung, weil eine Generalisierung von Therapieeffekten von einem Lebensbereich auf den anderen oder von einer Störungsform auf die andere bestenfalls unvollständig, häufig aber gar nicht gelingt (Döpfner, 2000).

Das **Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten** (THOP; vgl. Döpfner et al., 1998b) ist ein multimodales Interventionsprogramm, in dem verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie, im Kindergarten bzw. in der Schule und beim Kind selbst mit medikamentösen Interventionen entsprechend der individuellen Problemkonstellation miteinander kombiniert werden können. Döpfner (2000) legt einen Entscheidungsbaum vor, dem die Indikationen für die einzelnen Interventionen entnommen werden können.

Danach ist eine **primäre Stimulanzientherapie** dann indiziert, wenn eine sehr stark ausgeprägte und situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik diagnostiziert wurde, unter der sich eine krisenhafte Zuspitzung in der Schule und/oder der Familie entwickelt hat (z. B. wenn die weitere Beschulung des Kindes bedroht ist). Bei Michael ist eine solche stark ausgeprägte Symptomatik mit einer krisenhaften Zuspitzung nicht zu beobachten. Eine primäre medikamentöse Therapie ist daher nicht indiziert.

Liegt eine solche krisenhafte Zuspitzung nicht (mehr) vor, dann sind zur Verminderung hyperkinetischer oder oppositioneller/aggressiver Verhaltensstörungen im Unterricht verhaltenstherapeutische Interventionen in der Schule nötig. Liegen außerdem hyperkinetische oder oppositionelle/aggressive Auffälligkeiten des Kindes in der Familie vor, dann sind zusätzlich Interventionen in der Familie indiziert. Unter besonderen Bedingungen kann auch ein Selbstinstruktionstraining geeignet sein (vgl. Döpfner, 2000).

Bei Michael sind deutliche Auffälligkeiten im Unterricht beobachtbar und die Klassenlehrerin zeigt sich ausgesprochen kooperativ. Deshalb soll die Klassenlehrerin angeleitet werden, verhaltenstherapeutische Interventionen im Unterricht durchzuführen. Falls diese Interventionen nicht hinreichend erfolgreich sind, dann soll eine ergänzende Stimulanzientherapie mit den Eltern erwogen werden. Außerdem wurden bei Michael vor allem in der Hausaufgabensituation erhebliche Auffälligkeiten festgestellt. Deshalb sollen entsprechende Interventionen in der Familie durchgeführt werden. Die Interventionen werden in der Familie und in der Schule parallel durchgeführt, da Generalisierungen von einem Lebensbereich auf den anderen nicht von vornherein erwartet werden können. Falls die Lese- und Rechtschreibprobleme nach Beendigung dieser Interventionen weiter bestehen, soll eine entsprechende Übungsbehandlung durchgeführt werden.

Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) kann zur Behandlung von Kindern im Alter von drei bis etwa zwölf Jahren eingesetzt werden. Es wurde im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen entwickelt (Döpfner & Lehmkuhl, 1995). Das Programm ist allerdings auch bei Kindern mit ausschließlich oppositionellen Verhaltensstörungen einsetzbar.

THOP besteht aus zwei Teilprogrammen:

- dem **Eltern-Kind-Programm**, das auf die Verminderung von hyperkinetischen und oppositionellen Verhaltensstörungen in der Familie abzielt und das Eltern und Kind anleitet, Problemsituationen in der Familie zu bewältigen;
- den **Interventionen im Kindergarten bzw. in der Schule**, die hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensstörungen in diesen Lebensbereichen vermindern sollen.

Das Eltern-Kind-Programm besteht aus 20 Behandlungsbausteinen, in denen zwei Interventionsformen miteinander verknüpft sind: die familienzentrierten und die kindzentrierten Interventionen. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Bausteine des Eltern-Kind-Programmes und die beiden Interventionsformen. Die kind- und die familienzentrierten Interventionen eines jeden Therapiebausteins sind aufeinander bezogen und werden miteinander kombiniert.

Bei den familienzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programmes, die mit dem Buchstaben F gekennzeichnet sind, steht die Arbeit mit den Eltern im Mittelpunkt und das Kind wird je nach Behandlungsbaustein, Problematik und Alter unterschiedlich stark integriert. Je älter das Kind ist, um so stärker wird es generell in die familienzentrierten Interventionen einbezogen. Wenige Behandlungsbausteine werden in der Regel ausschließlich mit den Eltern durchgeführt. Die familienzentrierten Interventionen stellen das Kernstück des Eltern-Kind-Programmes dar. Sie können mit Ausnahme der Behandlungsbausteine 16 a (Spieltraining) und 16 b (Selbstinstruktionstraining) auch unabhängig von den kindzentrierten Interventionen durchgeführt werden.

Bei den kindzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programmes, die mit dem Buchstaben K gekennzeichnet sind, steht die therapeutische Arbeit mit dem Kind im Mittelpunkt, die Eltern werden jedoch auch hier integriert. Die kindzentrierten Interventionen werden nicht unabhängig von den familienzentrierten Interventionen durchgeführt.

Unter den kindzentrierten Interventionen des Eltern-Kind-Programmes werden zwei Behandlungsansätze subsumiert:

- Die Geschichten von „Wackelpeter & Trotzkopf“ ergänzen die familienzentrierten Interventionen. In kindgemäßen Kurzgeschichten werden die Inhalte der einzelnen Behandlungsbausteine mit dem Kind erarbeitet. Ziel dieser Geschichten ist es, das Kind stärker in die familienzentrierten Interventionen zu integrieren. Dieser Ansatz ist für Kinder ab dem Schulalter geeignet. Die Bearbeitung der Geschichten dauert in der Regel etwa 20 Minuten und wird in die familienzentrierten Interventionen integriert.
- In den Behandlungsbausteinen K16a bis K16c führt der Therapeut ein Spieltraining (K16a) und ein Selbstinstruktionstraining (K16b) mit dem Kind durch oder er erarbeitet mit dem Kind eine Selbstmanagement-Intervention (K16c). Im Verlauf dieser Interventionen werden die Eltern integriert. Das Spieltraining ist vor allem für Kinder im Vorschulalter geeignet, während das Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement für Schulkinder indiziert sein kann.

**Tabelle 2:**

Überblick über die Therapiebausteine und Interventionsformen des Eltern-Kind-Programmes

<b>familienzentrierte Interventionen</b>	<b>kindzentrierte Interventionen</b>
<b>Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung</b>	
F01 Definition der Verhaltensprobleme des Kindes.	K01 Wackelpeter, das bin ich!!
F02 Erarbeitung der Elemente eines gemeinsamen Störungskonzeptes.	K02/ Hurra, ich bin kein Scheusal! K03
F03 Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes.	
F04 Behandlungsziele und Behandlungsplanung.	K04 Wackelpeters Wunschliste
<b>Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen</b>	
F05 Betrachten Sie Ihr Kind von der positiven Seite.	K05 Unser „Was-war-schön-Tagebuch“
F06 Die Spaß & Spiel-Zeit: Schenken Sie Ihrem Kind Aufmerksamkeit, wenn es spielt.	K06 Ich darf spielen, wie ICH will!
<b>Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten</b>	
F07 Wie man wirkungsvolle Aufforderungen gibt.	K07/ Peter mach' dies, Peter laß das. K08
F08 Schenken Sie Ihrem Kind Aufmerksamkeit, wenn es Aufforderungen befolgt.	
F09 Schenken Sie Ihrem Kind Aufmerksamkeit, wenn es Sie bei einer Beschäftigung nicht gestört hat.	K09 Meine Zeit – Deine Zeit
F10 Wo ist Ihr Kind und was macht Ihr Kind? Bewahren Sie den Überblick!	
F11 Setzen Sie natürliche Konsequenzen, wenn Ihr Kind Aufforderungen und Regeln nicht befolgt.	K11 Ich löffle meine Suppe selbst aus!
<b>Tokensysteme, Response-Cost und Auszeit</b>	
F12 Wenn Lob alleine nicht ausreicht: Der Punkteplan.	K12 Punkte statt Ärger
F13 Wie man Punktepläne verändert und beendet.	
F14 Der Wettkampf um lachende Gesichter.	K14 Mama, ich und die lachenden Gesichter.
F15 Auszeit	K15 Dicke Luft
<b>Interventionen bei spezifischen Verhaltensproblemen</b>	
F16a Helfen Sie Ihrem Kind, intensiv und ausdauernd zu spielen.	K16a Spieltraining
F16b Helfen Sie Ihrem Kind, Aufgaben Schritt für Schritt zu lösen.	K16b Selbstinstruktionstraining K16c Selbstmanagementtraining
F17 Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen können.	K17 Setz dem Hausaufgabenkrieg ein Ende!
F18 Problematisches Verhalten in der Öffentlichkeit.	
<b>Stabilisierung der Effekte</b>	
F19 Wenn neue Probleme auftauchen.	

Ziel der Eltern-Kind-Programmes sind Veränderungen der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen auf der Mikroebene (Microteaching), die notwendig sind, um die Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie zu vermindern. Das familiäre und psychosoziale Bedingungsgefüge (Makroebene), in dem diese Interaktionen stattfinden, darf jedoch dabei nicht übersehen werden. Erfolgreiche und vor allem stabile Veränderungen auf der Mikroebene lassen sich nur erreichen, wenn sie auf der Makroebene verankert sind. Ausgangspunkt der Therapie ist deshalb das familiäre Bedingungsgefüge, das gemeinsam mit den Eltern erarbeitet wird. Dabei werden neben den Eigenschaften, Temperamentsmerkmalen und Bedürfnissen des Kindes auch Eigenschaften, Temperamentsmerkmale, psychische Auffälligkeiten und Bedürfnisse der Eltern sowie familiäre Belastungen (z.B. durch Partnerschaftsprobleme, durch berufliche oder finanzielle Probleme) berücksichtigt.

Bei der Durchführung der Interventionen auf der Mikroebene muß die Akzeptanz der Interventionen durch die Eltern und die Durchführbarkeit der Interventionen vor dem Hintergrund der Makroebene immer wieder hinterfragt und problematisiert werden. Mißerfolge bei den Interventionen auf der Mikroebene sind häufig darin begründet, daß die Voraussetzungen auf der Makroebene für erfolgreiche Interventionen nicht gegeben sind (Döpfner & Lehmkuhl, 1996).

Die 20 Therapiebausteine des Eltern-Kind-Programmes sind in sechs Themenkomplexen gruppiert:

1. Die ersten vier Einheiten werden immer durchgeführt. Sie dienen der **Problemdefinition, der Entwicklung eines Störungskonzeptes und der Behandlungsplanung**. Zunächst werden die Verhaltensprobleme des Kindes, die Gegenstand der Therapie sein sollen, auf einer individuellen Problemliste definiert. Die Eltern beurteilen zu Beginn jeder Therapiesitzung anhand dieser Problemliste die Stärke der Verhaltensprobleme in der vorangegangenen Woche (Problemstärke) und wie belastend sie das Problemverhalten des Kindes erlebt haben (Problembelastung). In den folgenden Bausteinen wird ein gemeinsames Störungskonzept erarbeitet, das neben den Verhaltensstörungen des Kindes die familiären Belastungen sowie psychische Probleme und Temperamentsmerkmale der Eltern berücksichtigt. Zwischen Eltern und Therapeuten divergierende Störungs- und Interventionskonzepte gehören zu den häufigsten Ursachen von Therapiemißerfolgen (Döpfner & Lehmkuhl, 1996). Aus diesem Störungskonzept werden die Behandlungsziele abgeleitet, die sich nicht nur auf die Verhaltensprobleme des Kindes, sondern auch auf andere Probleme in der Familie oder einzelner Familienmitglieder beziehen können. Damit wird eine Einbettung der symptomzentrierten Interventionen auf der Mikroebene der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen in einen umfassenden Behandlungsansatz gewährleistet.
2. Die beiden folgenden Bausteine (F/K05 und F/K06) dienen der **Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen**. Sie sind indiziert, wenn in der Interaktion zwischen Eltern und Kind negativ-kontrollierende Elemente dominieren und die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt ist. Die Aufmerksamkeit von Eltern und Kind werden in diesen Einheiten auf positive In-

- teraktionsanteile gelenkt und durch spezielle Spielzeiten wird der Anteil der positiven Eltern-Kind-Interaktionen erhöht.
3. Die Therapiebausteine F/K07 bis F/K11 sollen den Eltern helfen, impulsives und oppositionelles Verhalten durch **pädagogisch-therapeutische Interventionen** besser zu bewältigen. Die Eltern werden angeleitet, ihrem Kind wirkungsvolle Aufforderungen zu geben, sich bei angemessenem Verhalten des Kindes ihm positiv zuzuwenden, eine hinreichende Kontrolle über das Kind aufzubauen und bei problematischem Verhalten angemessene negative Konsequenzen zu setzen. Im wesentlichen werden also allgemeine Erziehungspraktiken eingeübt und auf dem Hintergrund verhaltenstheoretischer Konzepte auf die spezifische Problematik angewandt. Die Kinder werden dazu angeleitet, sich selbst in kritischen Situationen zu beobachten und sich an gemeinsam erarbeiteten Familienregeln zu orientieren.
  4. In den Einheiten F/K12 bis F/K15 werden **spezielle verhaltenstherapeutische Techniken** eingeführt, insbesondere Tokensysteme (Münzverstärkungsprogramme), Response-Cost (Verstärker-Entzug) und Time-out (Auszeit). Durch diese Methoden sollen umschriebene Verhaltensprobleme vermindert und angemessene Verhaltensalternativen aufgebaut werden. Sie finden hauptsächlich bei Problemen Anwendung, die sich durch die pädagogisch-therapeutischen Interventionen nicht hinreichend vermindern ließen.
  5. **Interventionen zur Verminderung von spezifischen Verhaltensproblemen** werden im fünften Block zusammengefaßt. Die Einheit F16a dient der Verbesserung von Spielintensität und Spielproduktivität hauptsächlich bei hyperkinetisch auffälligen Kindern im Kindergartenalter, während die Einheiten F16b und F17 für Kinder im Schulalter konzipiert und deren Arbeitsverhalten verbessern sowie Probleme während der Hausaufgabenzeit vermindern sollen. In der Einheit F18 werden die Interventionen auf außerfamiliäre Situationen (Verhalten in der Öffentlichkeit, z. B. in Geschäften und Restaurants) übertragen.  
Im Mittelpunkt der Bausteine F16a/K16a und F16b/K16b stehen zunächst die kindzentrierten Interventionen, die der Therapeut in der Regel mit dem Kind alleine durchführt. Die familienzentrierten Interventionen werden später eingesetzt und dienen dazu, die Eltern als Kotherapeuten anzuleiten, so daß die Interventionen in der Familie fortgeführt werden können. Der Baustein K16c (Selbstmanagement) ist die einzige kindzentrierte Intervention, der keine familienzentrierte Intervention direkt zugeordnet ist. In diesem Baustein, der für Schulkinder etwa ab der zweiten Klasse geeignet ist, werden mit dem Kind Möglichkeiten der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle erarbeitet, die ergänzend zu verschiedenen anderen familienzentrierten Interventionen eingesetzt werden können.
  6. In der Einheit F19 wird mit den Eltern erarbeitet, wie sie künftig Probleme eigenständig bewältigen können.

In der Regel werden nicht alle Einheiten in dieser Abfolge bearbeitet, sondern können entsprechend der individuellen Problemkonstellation zusammengestellt

werden. Das Eltern-Kind-Programm findet in der Regel gemeinsam mit den Eltern und dem Kind statt. Die Mitarbeit beider Elternteile ist wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig. Die Therapie kann schwerpunktmäßig mit der Hauptbezugsperson des Kindes (meist der Mutter) durchgeführt werden. Der allgemeine Ablauf einer Sitzung gestaltet sich wie folgt: Zunächst werden die in der vorangegangenen Sitzung besprochenen Inhalte noch einmal zusammengefaßt und die Ergebnisse der dabei erarbeiteten und zwischenzeitlich durchgeführten Interventionen analysiert; daran schließt sich die neue Einheit an. Häufig werden die neu erarbeiteten Methoden vom Therapeuten demonstriert, wenn nötig im Rollenspiel eingeübt. Danach wird eine spezifische Intervention entwickelt, die bis zur folgenden Sitzung erprobt werden soll. Die wichtigsten Regeln einer jeden Einheit werden anhand eines Elternleitfadens zusammengefaßt. Die Eltern protokollieren die Ergebnisse der Intervention in der Familie anhand von speziellen Tagebüchern oder Protokollbögen.

Interventionen im Kindergarten bzw. in der Schule sind analog zum Eltern-Kind-Programm aufgebaut:

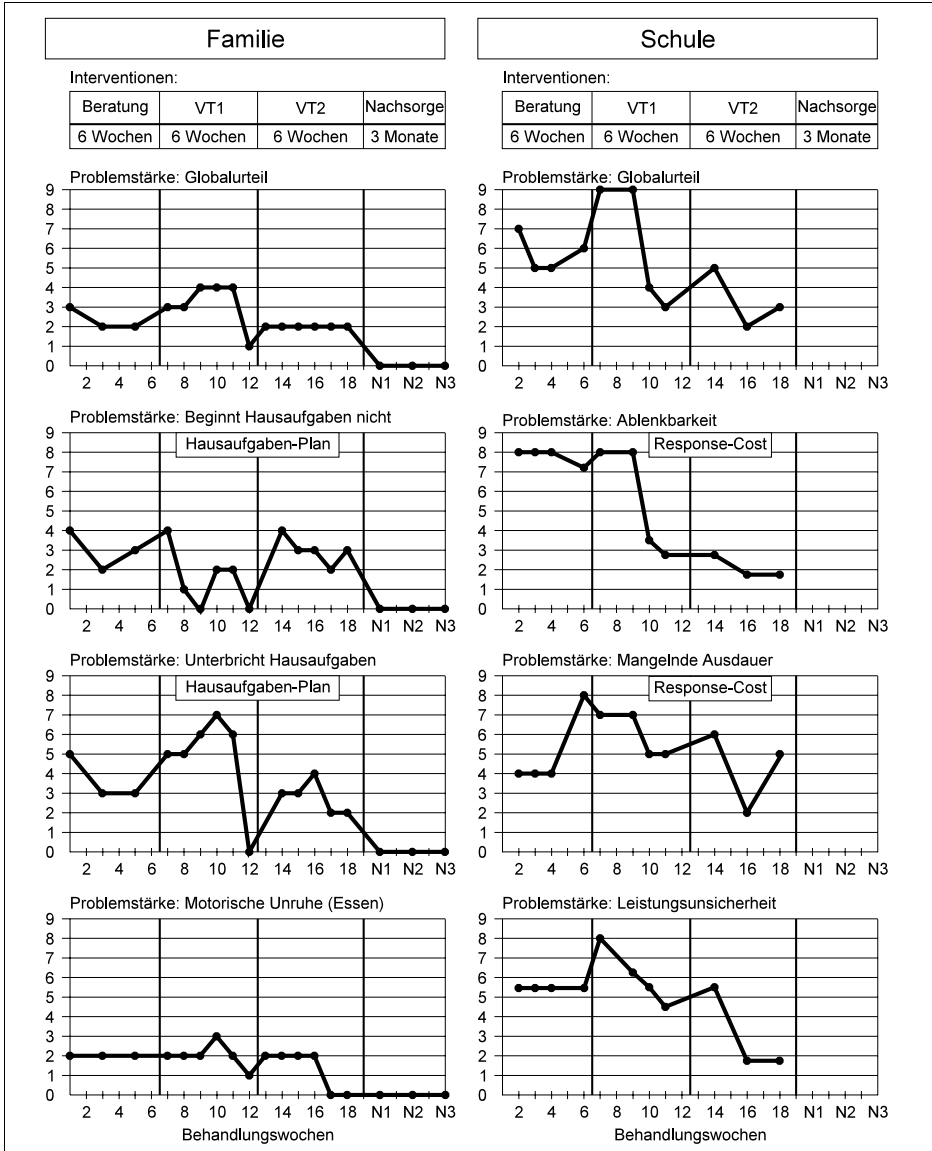
- Zunächst werden die therapierelevanten Verhaltensauffälligkeiten des Kindes im Kindergarten bzw. in der Schule gemeinsam mit der Erzieherin/Lehrerin eingegrenzt und definiert. Danach werden Informationen zur Problematik des Kindes vermittelt, ein gemeinsames Störungskonzept aufgebaut und Interventionsstrategien abgeleitet.
- Anschließend werden pädagogisch-therapeutische Interventionen diskutiert und erarbeitet, die durch wirkungsvolle Aufforderungen, durch positive Aufmerksamkeit bei angemessenem Verhalten und durch negative Konsequenzen bei auffälligem Verhalten Verhaltensprobleme im Kindergarten bzw. in der Schule reduzieren sollen.
- Schließlich können spezielle verhaltenstherapeutische Techniken, vor allem Tokensysteme und Response-Cost-Verfahren, eingesetzt werden, vor allem dann, wenn die Problematik sich durch pädagogisch-therapeutische Interventionen nicht hinreichend vermindern läßt.

Zur Durchführung der Interventionen sollte mindestens ein Besuch des Therapeuten im Kindergarten bzw. in der Schule erfolgen. Die Interventionen im Kindergarten bzw. in der Schule werden größtenteils telefonisch erarbeitet. Spätestens, wenn Probleme bei der Umsetzung der Interventionen auftreten, findet ein erneuter direkter Kontakt statt.

Die Behandlung von Michael wurde im Rahmen der Kölner Multimodalen Therapiestudie durchgeführt, bei der die Behandlungen in Therapiephasen mit je sechs wöchentlichen Sitzungen unterteilt sind. Mit Michael wurden insgesamt drei Behandlungsphasen durchgeführt: eine Beratungsphase und zwei Phasen mit verhaltenstherapeutischen Interventionen. Nach Beendigung dieser Intensivbehandlung wurde die Nachsorge mit einem Kontakt alle zwei Monate eingeleitet.

Abbildung 1 zeigt die Veränderungen in den therapierelevanten Verhaltensproblemen in der Familie und in der Schule, erfaßt durch die individuelle Pro-

blemliste, die von der Mutter und von der Klassenlehrerin wöchentlich beurteilt wurde. In Abbildung 1 sind die Veränderungen der Problembelastung dargestellt, die auf einer zehnstufigen Skala von 0 (kein Problem) bis 9 (es hätte nicht schlimmer sein können) beurteilt wird. Neben der Beurteilung der einzelnen therapierelevanten Verhaltensprobleme wird von der Mutter und der Lehrerin ein Globalurteil erhoben.



**Abbildung 1:**  
Veränderungen der therapierelevanten Verhaltensauffälligkeiten  
in der Familie und in der Schule bei Michael

In der Beratungsphase wurden Michaels Eltern und seine Lehrerin eingehend über die Diagnose sowie die multifaktorielle Genese hyperkinetischer Störungen aufgeklärt und die Untersuchungsbefunde wurden ihnen vermittelt. Außerdem stand der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu den Eltern und zu Michael im Mittelpunkt dieser ersten Phase. Im Verlauf der Beratungsphase zeigte sich, daß beide Eltern Michael viel Verständnis entgegenbrachten. Mit den Eltern wurden allgemeine Erziehungspraktiken besprochen. Hierbei wurde auch thematisiert, daß sich die Mutter teilweise von ihrem Mann im Stich gelassen fühlt. Der Vater versuchte zwar in der Freizeit, viel Zeit mit seinen Kindern zu verbringen, hielt sich jedoch aus Erziehungsaufgaben und Grenzsetzungen weitgehend heraus. Beide Eltern zeigten vom Ansatz her ein der Problematik des Kindes angemessenes Erziehungsverhalten; zuweilen fielen es ihnen jedoch schwer, konsequent Grenzen zu setzen, vor allem in der Hausaufgaben-situation. Mit der Lehrerin wurde die Zusammenarbeit vertieft. Die Therapeutin führte einen Schulbesuch durch und hospitierte im Unterricht. Anschließend wurde mit der Lehrerin darüber diskutiert, wie man die schulische Situation generell gestalten könnte, um die Schwierigkeiten von Michael zu verringern (z. B. Sitzordnung).

Die Interventionen in der Familie, die in der zweiten Behandlungsphase begonnen wurden, bezogen sich vor allem auf die Hausaufgaben-situation. Michael zeigte sich an den Interventionen sehr interessiert. Er litt vor allem darunter, daß sein Leistungsstand in der Klasse deutlich unter dem Durchschnitt lag. Er spürte seine Unsicherheit in Leistungssituationen und war sehr daran interessiert, durch die Interventionen nicht nur sein Verhalten, sondern auch seinen Leistungsstand zu verbessern.

**Tabelle 3:**

Übersicht über die Regeln des Elternleitfadens F17  
(Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen können)

- 
- Regel 1:** Alle Hausaufgaben werden von Ihrem Kind während der Schulzeit in einem Aufgabenheft notiert!
- Regel 2:** Die Hausaufgaben werden immer am gleichen Arbeitsplatz gemacht!
- Regel 3:** Vermindern Sie die Ablenkungsmöglichkeiten bei den Hausaufgaben!
- Regel 4:** Die Hausaufgaben werden immer an der gleichen Stelle im Tagesablauf gemacht!
- Regel 5:** Vereinbaren Sie zusammen mit Ihrem Kind pro Hausaufgabe die maximale Zeit, in der die Aufgaben erledigt werden!
- Regel 6:** Erstellen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind einen Punkteplan für die Hausaufgabenzeit!
- 

Zunächst wurde Michael und der Mutter das Kapitel K17: „Setz’ dem Hausaufgabenkrieg ein Ende!“ aus „Wackelpeter & Trotzkopf“ vorgelesen. In diesem Kapitel erzählt Peter von seinem täglichen Hausaufgabenkrieg mit seiner Mutter. Er beschreibt, wie die Therapeutin gemeinsam mit ihm und seiner Mutter einen Hausaufgabenplan entwickelt und wie dadurch der Hausaufgabenkrieg beendet wird. Danach wurde der Elternleitfaden des Therapiebausteins F17 (Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen können!) ebenfalls gemeinsam mit Michael und der Mutter bearbeitet. Tabelle 3 zeigt die Kurzfassung dieser Regeln (siehe auch Döpfner et al., 1994).

Hausaufgaben-Plan für: **Michael**

Datum	Aufgaben	Zeit (Min.)		Wie gut? (1-5)		Zusatzpunkte	Gesamtpunkte	Bemerkungen
		Vorgabe	gebrauchte Punkte	Schüler	Eltern			
26.02.	Mathe / Rechnen	15	20	3	3	2	4	hat etwas gestört
27.02.	Schreiben	20	18	3	4	1	4	
	Rechnen (1x1)	15	15	4	4	1	2	Der Reize ist noch schwer
28.02.	Schreiben	20	25	4	4	1	3	hatte gute Ideen!
	Sachunterricht	15	10	3	2	3	4	
29.02.	Diktat üben	20	20	4	4	1	3	konnte nicht gut bei der Sache bleiben
01.03.	eine kleine Gedicht- u. Nachergärten	15	20	4	4	1	3	
	Rechnen	15	12	3-4	3	2	3	
04.03.	Rechnen	15	15	4	4	1	2	
	Text abschreiben	20	18	3	3	2	3	
05.03.	keine Hausaufgaben aber Schreiben geübt	20	20	3	3-3	3	6	hat freiwillig üben wollen!
06.03.	Rechnen	20	17	3	3	2	5	hat sich viel Mühe gegeben!
	Sachunterricht	20	18	3	3+	2	3	
17.3.	Abschreiben	16	14	3	4	1	2	aus ziemlich schwer

Zusatzpunkt wenn:

2 Punkte Michael nach dem Essen freiwillig mit den Hausaufgaben am Anfang (bis 15 min. danach).

1 Punkt Michael macht einmaliger Aufforderung mit den Hausaufgaben beginnt.

Rechen FIT  
Arbeitsblatt FIT 3

Wie Sie Probleme bei den Hausaufgaben lösen können  
Mein Hausaufgabenplan

**Abbildung 2:**  
Hausaufgabenplan von Michael

Kern dieses Bausteins ist die Entwicklung eines Tokensystems, durch das Michael verstärkt wurde, wenn er bei zumindest ausreichender Arbeitsqualität zügig seine Hausaufgaben durchführte. Mit Michael wurde erarbeitet, daß er

sich zu Beginn der Hausaufgabenzeit zunächst einen genauen Überblick über die zu leistenden Hausaufgaben verschaffen sollte und für jede Hausaufgabe einen Zeitraum festsetzen muß, in dem er die Aufgaben gut erledigen kann, wenn er in normalem Tempo ohne Unterbrechung und Ablenkung arbeitet. Anfangs sollte ihm die Mutter bei der Festlegung der maximalen Arbeitszeit pro Aufgabe behilflich sein. Die einzelnen Aufgaben und die zur Verfügung stehende Zeit wurden in den Hausaufgabenplan (siehe Abb.2) eingetragen. Wenn Michael Schwierigkeiten bei der Aufgabenstellung hatte, sollte er mit seiner Mutter Rücksprache halten, ansonsten sollte er die Hausaufgaben selbstständig durchführen. Danach notierte Michael die tatsächlich benötigte Zeit und bewertete auf einer Notenskala von 1 bis 5, wie gut ihm seiner Meinung nach die Hausaufgaben gelungen waren. Die Mutter schaute dann gemeinsam mit Michael die Hausaufgaben durch, besprach mit ihm notwendige Korrekturen und bewertete dann die Qualität der Hausaufgaben. Wenn die Mutter die Hausaufgaben mindestens als ausreichend (4) einstufte, erhielt Michael einen Punkt. Je höher die Qualität der Arbeit war, um so mehr Punkte konnte Michael erhalten. Bei einer hervorragenden Qualität konnte sich Michael pro Hausaufgabe vier Punkte verdienen.

Da Michael meist mehrfach ermahnt werden mußte, mit den Hausaufgaben zu beginnen und es darüber häufig zum Streit zwischen Michael und der Mutter kam, wurden Zusatzregeln vereinbart. Danach konnte sich Michael zwei Zusatzpunkte verdienen, wenn er bis zu einem festgelegten Zeitpunkt freiwillig mit den Hausaufgaben angefangen hatte (15 Minuten nach Beendigung des Mittagessens). Ein Punkt war noch möglich, wenn er nach einmaliger Aufforderung der Mutter direkt mit den Hausaufgaben anfang. Die erworbenen Punkte konnten in Sonderbelohnungen (Eintauschverstärker) eingetauscht werden. Dazu wurde ein genauer Eintauschplan aufgestellt. Als Eintauschmöglichkeiten wünschte sich Michael vor allem gemeinsame Aktivitäten (mit dem Vater ins Schwimmbad gehen, Fahrradtour machen, selbst etwas kochen dürfen). Für jede einzelne Aktivität wurde die notwendige Punktzahl gemeinsam festgelegt.

Der Hausaufgabenplan wurde sowohl von Michael als auch von seiner Mutter gut akzeptiert und konsequent in die Tat umgesetzt. Die Verweigerungshaltung zu Beginn der Hausaufgaben verminderte sich direkt mit Beginn des Hausaufgabenplans, wie Abbildung 1 zu entnehmen ist. In der Folgezeit ließen sich zwar immer wieder Schwankungen feststellen, langfristig konnte dieses Problem jedoch nachhaltig verringert werden, wie Abbildung 1 zeigt. Die benötigte Hausaufgabenzeit verminderte sich ebenfalls deutlich. Michael machte seine Aufgaben zwar in aller Regel fertig, und auch die Qualität der Aufgaben wurden von der Mutter im Vergleich zu früher als besser bewertet. Allerdings zeigte sich Michael dennoch weiterhin stark ablenkbar und häufig fiel es ihm schwer, ausdauernd bei den Hausaufgaben zu bleiben.

Deshalb wurde das bereits geplante Selbstinstruktionstraining (Therapiebaustein K16b) von der Therapeutin zunächst mit Michael alleine durchgeführt. In der ersten Phase wurden die einzelnen Schritte des Selbstinstruktionstrai-

nings anhand von spielerischen Aufgaben eingeübt. Da Michael dazu neigte, impulsiv mit der Bearbeitung von Aufgaben zu beginnen, bevor er sich der Aufgabenstellung wirklich vergewissert hatte, wurde der Schwerpunkt des Selbstinstruktionstrainings auf diese Problematik gerichtet. Michael sollte sich zunächst über die Aufgabenstellung klar werden, bevor er zum aktiven Bearbeiten der Aufgabe überging („Stop, was ist mein Problem?“). Anschließend wurden mit Michael kleine Zeitintervalle vereinbart, in denen er versuchen sollte, ohne Pause konzentriert durchzuarbeiten. Nach der Einübungsphase wurde das Selbstinstruktionstraining auf schulisches Material erweitert, hier vor allem im Bereich des Lesens und des Rechtschreibens. Mithilfe von Materialien zum Rechtschreibtraining wurden Rechtschreibübungen mit Michael durchgeführt. Michael konnte innerhalb von vier Übungsstunden die Selbstinstruktionstechnik gut automatisieren. Daher wurde die Mutter in das Training einbezogen. Anhand des Elternleitfadens für diesen Therapiebaustein (F16a: Helfen Sie Ihrem Kind, Aufgaben Schritt für Schritt zu lösen) wurde mit der Mutter erarbeitet, welche Hilfestellungen sie Michael geben konnte. Das Selbstinstruktionstraining führten die Mutter und Michael gemeinsam zweimal pro Woche (für 20 Minuten) anhand von Rechtschreibübungen durch; auch in kritischen Hausaufgaben Situationen wurde die Methode eingesetzt. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, konnte die Ablenkbarkeit bei den Hausaufgaben im Verlaufe der zweiten Phase der verhaltenstherapeutischen Interventionen deutlich vermindert werden und in der Nachsorgephase wurden von der Mutter keine weiteren Probleme bezogen auf die Ablenkbarkeit bei den Hausaufgaben beobachtet.

Aufgrund der guten Kooperationsbereitschaft der Lehrerin konnte mit Michael in der Schule ein intensives verhaltenstherapeutisches Programm durchgeführt werden. Im Unterricht stellte die starke Ablenkbarkeit von Michael nach Einschätzung der Lehrerin das Hauptproblem dar. Zur Verminderung dieser Problematik wurde ein Response-Cost-System entsprechend dem Therapiebaustein F14 (Der Wettkampf um lachende Gesichter) durchgeführt. Zunächst wurde der Wettkampf auf eine Schulstunde (Mathematik) beschränkt. Michael standen für diese Unterrichtsstunde zehn Gesichter zur Verfügung, die er sich verdienen konnte. Jedesmal, wenn seine Lehrerin ihn wegen massiver Unkonzentriertheit oder störendem Verhalten ermahnen mußte, malte sie in eines der Gesichter einen traurigen Mund. In alle am Ende der Schulstunde übrig gebliebenen Gesichter durfte Michael einen lachenden Mund malen; diese Smileys gehörten ihm. Die Smileys konnte Michael in den Therapiestunden in Bausteine für ein Legoauto eintauschen. Nachdem er das Legoauto in den Therapiestunden Stein für Stein zusammengebaut hatte, durfte er das Auto mit nach Hause nehmen.

Unmittelbar nach Beginn der Intervention konnte eine deutliche Verminderung aller Verhaltensprobleme im Unterricht festgestellt werden, wie Abbildung 1 zeigt. Am stärksten verringerte sich die Ablenkbarkeit im Unterricht, die Ziel der Intervention war. Die Lehrerin berichtete, daß sich die Verhaltensänderung zwar am deutlichsten in der Unterrichtsstunde zeigte, in der die Intervention

durchgeführt wurde, aber sich auch auf andere Fächer erstreckte. Der Wettkampf um lachende Gesichter konnte schließlich auf die gesamte Unterrichtszeit der Klassenlehrerin in der Klasse ausgedehnt werden. Durch diese Intervention konnte zwar die Ablenkbarkeit und auch das störende Verhalten von Michael im Unterricht deutlich vermindert werden, nach wie vor beteiligte er sich jedoch nur in geringem Maße aktiv am Unterricht. Deshalb wurde der Wettkampf um lachende Gesichter durch ein Tokensystem (entsprechend Baustein F12) ergänzt. Michael konnte sich Punkte verdienen, wenn er sich im Unterricht aktiv beteiligte. So entstand ein Mischsystem aus Tokenentzug und Tokenvergabe.

Nach der Durchführung von zwei verhaltenstherapeutischen Phasen war das Ende des vierten Schuljahres erreicht. Aufgrund des deutlich verbesserten Leistungsverhaltens von Michael empfahl die Lehrerin eine Versetzung in die fünfte Klasse der Hauptschule und nicht, wie ursprünglich geplant, eine Wiederholung der Klasse. Zwar ließen sich auch nach Beendigung dieser Phasen noch hyperkinetische Verhaltensweisen im Unterricht beobachten, doch war eine ergänzende medikamentöse Therapie nicht mehr indiziert.

Da auch in der Familie keine ausgeprägten Verhaltensprobleme mehr auftraten, konnte die intensive wöchentliche Therapie mit Michael beendet und eine Nachsorgephase eingeleitet werden. Die Rechtschreibschwäche verminderte sich im Verlauf der Behandlung deutlich. Bei einer erneuten testpsychologischen Untersuchung zum Ende der Intensivbehandlung lagen Michaels Rechtschreibleistungen im unteren Durchschnittsbereich.

In der Nachsorgephase fand alle ein bis zwei Monate eine Sitzung mit Michael und seiner Mutter statt. Michaels Verhalten stabilisierte sich auch in der fünften Klasse weitgehend. Er war in seine neue Klasse sehr gut integriert, seine Leistungen lagen im Durchschnitt zwischen den Noten zwei und drei. Auf Wunsch von Michael wurde kein Kontakt mit der Klassenlehrerin in der neuen Schule aufgenommen. Er wollte sich selbst zeigen, daß er die Schule ohne fremde Unterstützung gut meistern konnte. Deshalb konnten von der Lehrerin auch keine Verhaltensbeurteilungen in der Nachsorgephase eingeholt werden (siehe Abb. 1). Etwa ein Jahr nach Beendigung der Intensivbehandlung traten noch einmal größere Schwierigkeiten in der Familie auf, da Michael eine angekündigte Klassenarbeit verschwiegen und für diese auch nicht gelernt hatte. Zudem hatte Michael mehrfach die Hausaufgaben nicht gemacht. Die Mutter konnte diese Probleme jedoch weitgehend selbständig lösen.

## 5 Resümee

Die Kasuistik zeigt die erfolgreiche Anwendung des Therapieprogrammes für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). Im Falle von Michael konnte durch umgrenzte Interventionen in der Familie

und in der Schule eine deutliche Verminderung der Verhaltensprobleme erreicht werden. Verschiedene Faktoren erleichterten den Therapieerfolg. Erstens war die hyperkinetische Störung bei Michael zwar behandlungsbedürftig, aber nicht massiv ausgeprägt. Bei der Mehrzahl der Kinder mit diesem Störungsbild in diesem Altersbereich liegt der Schweregrad wie bei Michael im mittleren Bereich. Die extremen Formen betreffen nur einen geringen Anteil der Kinder. In der Bevölkerung liegt dieser Anteil etwa bei einem Prozent. Bei schwer gestörten Kindern sind in der Regel kombinierte medikamentöse und verhaltenstherapeutische Interventionen notwendig (vgl. Döpfner et al., 1996 b, c). Bei einem großen Anteil der Kinder mit mittlerem Schweregrad lassen sich durch verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie und in der Schule weitgehende Behandlungserfolge erzielen, wenn entsprechende Ressourcen in der Familie und in der Schule genutzt werden können. Dies war bei Michael in besonderem Maße der Fall. Die Problematik in der Familie bezog sich auf wenige umschriebene Situationen (hauptsächlich Hausaufgaben), auf der Beziehungsebene waren keine massiven Störungen in der Familie festzustellen und kein weiteres Familienmitglied zeigte ausgeprägte psychische Auffälligkeiten. Im Erziehungsverhalten der Eltern waren lediglich kleinere Korrekturen nötig. Michael selbst war sehr kooperativ und motiviert, was man bei Kindern mit diesem Störungsbild eher nicht erwarten kann. Zu allen Beteiligten konnte die Therapeutin in relativ kurzer Zeit eine tragfähige Beziehung herstellen. Die Klassenlehrerin war ausgesprochen kooperativ und engagiert und konnte verhaltenstherapeutische Interventionen im Unterricht gut umsetzen. Dennoch ist auch bei solch einem günstigen Verlauf eine langfristige Verlaufskontrolle nötig, da durch neue Anforderungssituationen und Entwicklungsaufgaben auch neue Probleme auftreten können.

## Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1991). Practice parameters for the assessment and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, I–III.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993 a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*, bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993 b). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1989). The problem of stimulus control and rule-governed behavior in attention deficit disorder with hyperactivity. In L. M. Bloomingdale & J. M. Swanson (Eds.), *Attention deficit disorder*, Volume IV (203–234). Oxford: Pergamon.
- Bene, E. & Anthony, J. (1957). *Manual for the Family Relations Test*. London: NFER Publishing Company.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Döpfner, M. (1993). Interventionen bei extraversiven Auffälligkeiten. In M. Döpfner, & M. Schmidt (Hrsg.), *Kinderpsychiatrie – Vorschulalter* (104–119). München: Quintessenz.
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (151–186). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (1998 a). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1993) Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 21, 188–193.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1994). Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 244–252.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1995) Elterntraining bei hyperkinetischen Störungen. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (178–208). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1996). Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 10–19.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1997). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Roth, N. (1996 a). Kombinationstherapien. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 118–123.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Schürmann, S. (1996 b). Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) – Aufbau und Einzelfall-Evaluation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 145–163.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998 b). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 2. korr. Auflage.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1994). Hausaufgabenprobleme? Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und Interaktionsstörungen bei der Durchführung der Hausaufgaben. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 227–237.

- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1996c). Elternberatung, Elternanleitung, Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 124–128.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (1999). *Wackelpeter & Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kaufman, A.S. & Kaufman, N.L. (1991). *Kaufman-Assessment Battery for Children K-ABC*. Deutschsprachige Fassung von P. Melchers und U. Preuß. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H. & Eisert, H.G. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 184–200.
- Weiß, R.H. & Osterland, J. (1977). *Grundintelligenztest CFT 1, Skala 1*. Braunschweig: Westermann.