

# Praxisforschung

## Wenn man sich schon in die Praxis begibt...

Gerhard W. Lauth<sup>1</sup> und Peter F. Schlottke<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Psychologie der Universität Tübingen

**Zusammenfassung.** Dreisörner (2006) vergleicht zwei Behandlungsmaßnahmen (THOP von Döpfner et al., 1998; Aufmerksamkeits-training nach Lauth & Schlottke, 2002) für hyperkinetische Kinder unter Praxisbedingungen. Es soll herausgefunden werden, ob die Programme unter suboptimalen Bedingungen wirksam sind. Dieser Versuch schlägt aus mehreren Gründen fehl. Die Behandlung wird beim Aufmerksamkeits-training nicht den verbindlichen Vorgaben des Programms entsprechend durchgeführt, eine Zufallszuweisung zu beiden Versuchsbedingungen ist nicht gegeben, die Behandlungserfolge beim THOP sind durch massive Einflüsse einer Pharmakotherapie mitbedingt. Das Design genügt nicht den Ansprüchen an den Praxistest, den der Autor vornehmen will. Vorschläge für eine angemessenere Evaluation erfolgen.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeitsstörungen, hyperkinetische Störungen, kognitive Verhaltenstherapie

If one moves into the practical field

**Abstract.** Dreisörner (2006) compares two methods of intervention for children with hyperkinetic disorders under field conditions (THOP by Döpfner et al., 1998; attention training by Lauth & Schlottke, 2002). The stated aim of this study was to discover whether the interventions were effective under suboptimal conditions. The attempt failed for various reasons. First of all, participants were not randomly assigned to the two conditions. The “attention training” was not carried out according to the manual and the effects achieved in the THOP group were partly influenced by a medication given at the same time. Finally, the study design did not meet the requirements for the type of field test the author intended to conduct. Suggestions for a more appropriate form of evaluation are discussed.

Key words: attention deficit disorder, hyperkinetic disorders, cognitive behavior

Die Wirksamkeit der Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen wird in zahlreichen Metaanalysen belegt (Purdie, Hattie & Carroll, 2002). Diese Analysen stimmen darin überein, dass psychologische Behandlungsverfahren eine gute bis befriedigende Wirksamkeit besitzen. In der Würdigung einzelner Therapieverfahren schneiden vor allem operante Behandlungsverfahren, die unmittelbar auf das Problemverhalten der Kinder einwirken (Elternt raining, Verhaltensmodifikation in der Schule, Lehrertraining), gut ab. Diese Behandlungsmaßnahmen besitzen mittlere, oft große Effektstärken. Sie werden nach den Kriterien der Special Section of Clinical Child Psychology als effektive Behandlungsmaßnahmen bezeichnet (Chambless & Ollendick, 2001). Chorpita et al. (2002) bewerten die operante Verhaltenstherapie ebenfalls als effektiv und heben ihre Kostengünstigkeit und Wirksamkeit im Alltag hervor.

Die medikamentöse Behandlung führt recht zuverlässig zu einer funktionellen Verbesserung (z. B. Erhöhung der Konzentration und Daueraufmerksamkeit oder eine Verbesserung der feinmotorischen Koordination). Oft-

mals ist damit eine bessere Anpassung im Alltag, insbesondere in der Schule, verbunden. Nachteilig ist jedoch, dass die Medikamente nur unmittelbar wirken, also eine Dauermedikation notwendig ist. Die Wirkung der Medikation wird derzeit am besten durch die Nachuntersuchung zur Multimodal Treatment Study of ADHD veranschaulicht (MTA Cooperative Group, 2004). In dieser Studie waren hyperkinetische Kinder vier Behandlungsbedingungen unterworfen: Pharmakotherapie, Kombination von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie alleine, Behandlung durch Ärzte und Einrichtungen in der Gemeinde (vgl. auch Hampel & Petermann, 2004). Die Nachuntersuchung fand 24 Monate nach Ende der Therapie statt. Von den medikamentös behandelten Kindern nahmen nun noch 85% und von den in Kombination mit Verhaltenstherapie und Psychopharmaka noch 86% Medikamente. Die Dosierungshöhe war höher als die der beiden anderen Gruppen. Die ursprünglich mit Medikation oder in Kombination von Verhaltenstherapie und Medikation behandelten Kinder schneiden in Bezug auf die hyperkinetische Symptomatik besser als die nur verhaltenstherapeutisch behandelten Kin-

der ab, die nur zu 44% Medikamente einnahmen. Es ergeben sich leichte Vorteile für die ursprünglich medikamentös behandelten Kinder, allerdings standen diese auch häufiger weiter unter Medikation.

Strittig wird derzeit noch die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltensmodifikation diskutiert. Metaanalysen weisen diese Behandlung zwar in der Regel als wirksam aus, zeigen aber auch, dass die Kinder die neu erworbenen Verhaltensweisen nicht in erwünschtem Maße und hinreichend stabil auf den Alltag übertragen. Um dies zu gewährleisten, werden transferanbahnende Maßnahmen (allmähliche Verlagerung des Trainings in den Alltagskontext) sowie die frühe und zielbezogene Einbeziehung von Eltern und Lehrern als unverzichtbar angesehen.

Die verschiedenen Behandlungsansätze wirken in einer vorhersagbaren Bandbreite auf die hyperkinetische Symptomatik ein: Pharmakotherapie beeinflusst vor allem das hyperkinetische Verhalten (Hyperaktivität, zum Teil Impulsivität), eine multimodale Behandlung verbessert das Sozialverhalten, schulbezogene Interventionen (Lehrertraining) verbessern das Lernverhalten und Elterntraining verändert das Verhalten der Kinder in familiären Situationen. Dies spricht dafür, die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen nach Maßgabe des Einzelfalls zu koordinieren.

## Die Studie von Dreisörner (2006)

Die von Dreisörner vorgelegte Studie vergleicht die Wirksamkeit von zwei kognitiv-behavioralen Trainingsprogrammen, die in Gruppen durchgeführt werden. Dabei werden im Wesentlichen zwei Programme, die im deutschsprachigen Raum verbreitet sind, einer vergleichenden Bewertung unterzogen. Insgesamt werden 96 Kinder (Alter 7–13 Jahre) unter drei Bedingungen behandelt:

- ein 15-wöchiges Training nach dem Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Trotzverhalten (THOP, Döpfner, Schürmann & Fröhlich, 1998), 31 Kinder;
- ein ebenfalls 15-wöchiges Training nach Lauth und Schlottke (Version von 1993) für aufmerksamkeitsgestörte Kinder, von denen 15 am Basistraining und 19 am Strategietraining teilnahmen;
- 16 Kinder bildeten die Wartekontrollgruppe.

Die Studie wird mit Kindern durchgeführt, die im Zeitraum von 1998 bis 2003 an drei Einrichtungen mit Verdacht auf Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörungen vorstellig wurden. Dabei handelt es sich um die Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mühlhausen, die Poliklinische Institutsambulanz des Psychologischen Institutes der Universität Göttingen sowie das

Sozialpädiatrische Zentrum in Reifenstein. Wie später erkennbar wird, findet die Intervention nicht parallel an allen drei Einrichtungen, sondern nacheinander jeweils an einer oder zwei Einrichtungen statt. Mithin stammen die Patienten aus einer Intervention überzufällig häufig oder nahezu ausschließlich aus einer Einrichtung, was angesichts der unterschiedlichen Rekrutierungen in den einzelnen Einrichtungen auch zu Unterschieden bei den erfassten Patienten führt (z.B. Alter, Schweregrad der Störung, Standardbehandlung).

Dreisörner (2006) weist zu Recht darauf hin (S. 256 f.), dass es an der Evaluation solcher Programme ein berechtigtes Interesse des Gesundheitssystems gibt. Gleichzeitig betont er, dass „... nicht alles, was unter Forschungsgesichtspunkten zu wünschen ist, ... in die Praxis umgesetzt werden (kann).“ Und kurz später wird formuliert (S. 257), dass die vorliegende Studie der Frage nachgeht „... ob die unter Laborbedingungen bewährten Interventionsansätze auch unter wissenschaftlich suboptimalen Therapiebedingungen wirksam sind.“ Mit anderen Worten, die Studie will nicht die sogenannte Wirksamkeit der Intervention überprüfen, sondern die Tauglichkeit im Feld. Diese Unterscheidung geht auf die Erkenntnis zurück, dass die bisherigen Wirksamkeitsstudien in der Klinischen Psychologie bevorzugt die Wirksamkeit einer Intervention unter optimierten Bedingungen untersuchen. Die Programme werden in Universitätskliniken, Universitätsambulanzen oder Forschungseinrichtungen unter gut kontrollierten Bedingungen, mit ausgewählten Patienten und gut geschultem Personal evaluiert. Dabei wird hauptsächlich das Potenzial einer Intervention ermittelt. Ganz anders sieht es aber aus, wenn die gleiche Intervention unter Feldbedingungen stattfindet, denn die Behandlungsprogramme bewähren sich besser unter Ideal- als unter Feldbedingungen (Lagomasino, Dwight-Johnson & Simpson, 2005). Dafür gibt es sowohl Gründe bei den Patienten und bei den Therapeuten als auch bei der Einrichtung selbst. Im Wesentlichen sind hier zu nennen:

- Die Patienten sind im außeruniversitären Rahmen weniger „vorselektiert“, kommen häufiger aus sozial schwächeren Schichten und weisen zahlreichere sowie eher atypische Störungskonstellationen auf (z.B. komorbide Störungen bei den Kindern, Beziehungskonflikte der Eltern, psychosoziale Schwierigkeiten der Familie, Migrationshintergrund).
- Die Therapeuten sind dem Therapiekonzept weniger verpflichtet, engagieren sich weniger zugunsten eines bestimmten Therapieprogramms, sind eher zu Kompromissen in ihrem Vorgehen bereit; gehen eher eklektisch vor und greifen eher auf unspezifischere und allgemeinere Methoden zurück.
- Die Einrichtungen schließlich, an denen die Intervention stattfindet, arbeiten in einem breiteren Rahmen und sehen sich unterschiedlichen sowie teils sich widersprechenden Zielen verpflichtet. Sie verfolgen

eine Behandlungsmaßnahme selten als eigenes Anliegen, sondern betreiben sie als eine Maßnahme unter vielen.

Aus pragmatischen Gründen haben Behandlungsmaßnahmen natürlich ihre Wirksamkeit unter Feldbedingungen zu beweisen. Solche Studien werden in der Einrichtung selbst („vor Ort“), von dem dort eingestellten Personal mit den dortigen Patienten durchgeführt. Erfasst wird dabei wie robust, anwendbar, geeignet und verallgemeinerbar die Behandlung ist. So weit, so gut! Aber auch unter den Feldbedingungen gelten die Regeln der experimentellen Kunst: Randomisierung, Minimierung oder Kontrolle der Störvariablen, Manualtreue (fidelity), Gewährleistung ausreichender Qualität in der Behandlungsdurchführung, Auswahl geeigneter Erfolgskriterien und Realisierung eines Untersuchungsdesigns, das Erkenntnisse ermöglicht.

Wie sieht es mit diesen „Kernmomenten“ aus? Hält die Studie diese Standards ein? Nach der Studie sowie der ergänzenden Darstellung in der Dissertation (Dreisörner, 2004) ist dies aus mehreren Gründen fraglich:

## Randomisierung

Die Zuweisung/Aufteilung der Patienten auf die einzelnen Behandlungen erfolgt nicht per Zufall. Vielmehr war „...die Auswahl und Zuteilung der Kinder zu den einzelnen Gruppen (sich) an den praktischen Gegebenheiten und Ressourcen der an der Studie beteiligten Ambulanzen sowie an ethischen Grundsätzen orientiert“ (Dreisörner, 2006, S. 257). Dies führt zu charakteristischen und möglicherweise entscheidenden Verwerfungen:

- Bei der THOP-Gruppe bekommen 15 von insgesamt 31 eine Medikation (bevorzugt Ritalin). Im Basis- und Strategietraining jedoch nur acht von insgesamt 41 Kindern.
- Im Aufmerksamkeitstraining gibt es mit insgesamt 27 Kindern ein deutliches Übergewicht an F98.8 Diagnosen („sonstige näher bezeichneten Verhaltens- und emotionale Störungen“) gegenüber der THOP-Gruppe, in der sich elf solcher Kinder befinden (Dreisörner, 2006, S. 258).
- Die Kinder, die das Basistraining erhalten haben, sind im Schnitt ein Jahr älter als die Kinder in den beiden anderen Behandlungsbedingungen (vgl. Dreisörner, 2006, Tab. 1, S. 258).

Angesichts der unterschiedlichen Störungskonstellation kommt der Autor selbst zu dem Schluss, dass „...die einzelnen Gruppen nur bedingt vergleichbar (sind)“ (Dreisörner, 2006, S. 264).

## Konstanthaltung der Untersuchungsbedingungen

Die Studie will zwei anerkannte Trainingsprogramme darauf hin untersuchen, ob sie sich unter Alltagsbedingungen als tauglich erweisen. Gleichzeitig wird, wie die Studienanlage und -auswertung verdeutlicht ( $3 \times 2$  varianzanalytisches Design), ein Vergleich zwischen den Behandlungsprogrammen angestrebt. Der beabsichtigte Gruppenvergleich legt es zwingend nahe, dass gleiche Bedingungen realisiert werden. Das ist nicht der Fall und es gibt große sowie wahrscheinlich entscheidende Unterschiede in den Durchführungsbedingungen:

- Die Gruppengröße in beiden Behandlungsformen variiert systematisch und benachteiligt das Gruppentraining nach Lauth und Schlottke (1993): Das Basis- und Strategietraining wird in einer Gruppe mit sechs bis neun Kindern, das THOP in einer Gruppe von vier bis fünf Kindern durchgeführt. Dies ist zunächst ein systematischer Fehler zuungunsten einer Behandlungsmaßnahme. Die angesetzte Gruppengröße widerspricht darüber hinaus aber auch der Manualanweisung des Aufmerksamkeitstrainings, die für das Basis- und Strategietraining nur eine Gruppengröße von drei Kindern vorsieht. Erfahrungsgemäß ist eine ausreichende Wirksamkeit bei größeren Gruppen kaum mehr zu gewährleisten.
- Das THOP wird unter regelmäßiger Beteiligung der Eltern durchgeführt, die in Gruppen von vier bis fünf Eltern 15 Gruppensitzungen haben. Parallel dazu treffen sich die Kinder unter Anleitung einer Kotherapeutin 90 Minuten lang, die letzten 15 Minuten finden schließlich als gemeinsames Treffen von Eltern und Kindern unter therapeutischer Leitung statt.
- Im Trainingsmanual nach Lauth und Schlottke (1993) ist ebenfalls eine systematische Elternanleitung vorgesehen. Diese erfolgt aber nicht.

## Manualtreue

Wird die Behandlung *lege artis* durchgeführt? Das ist für das Basis- und Strategietraining mehrfach nicht der Fall:

- Die Gruppengröße überschreitet mit sechs bis neun Kindern, die in einer Gruppe gemeinsam therapiert werden, die im Manual eingeforderte Gruppengröße von drei Kindern (siehe oben). In der Dissertation (Dreisörner, 2004, S. 84) wird sogar angegeben, dass die insgesamt 41 Kinder im Training nach Lauth und Schlottke in fünf Gruppen behandelt werden (also durchschnittlich etwa 8 Kinder pro Gruppe).
- Das Basis- und Strategietraining wird im Manual als spezifische Maßnahme ausgewiesen, die jeweils einer internen Indikation bedarf. Das heißt die Kinder werden diesen Behandlungsmaßnahmen nicht

„starr“, sondern nach Maßgabe einer differenzierten und genau beschriebenen therapiezuweisenden Diagnostik zugewiesen. Ein solches Vorgehen wird hier nicht realisiert.

- Die Trainingsdauer beträgt nach Manual 60 Minuten. Dreisörner (2006) lässt das Training über 90 Minuten laufen.
- Obwohl das Aufmerksamkeitstraining laut Manual eine begleitende Elternanleitung vorsieht, wird darauf weitgehend verzichtet. Die Dissertation berichtet, dass in einer Teilgruppe der Gesamtstichprobe organisatorische Fragen mit den Eltern geklärt und Störungswissen vermittelt wurde (Dreisörner, 2004, S. 104). Die Elternanleitung ist jedoch erwiesenermaßen für Transferleistungen unabdingbar.
- THOP wird laut Dissertation von Psychologischen Psychotherapeuten und dem Autor selbst durchgeführt (Dreisörner, 2004, S. 106), beim Aufmerksamkeitstraining finden sich hingegen keine Hinweise auf die ausführenden Therapeuten.

Andere Punkte bleiben unklar, lassen aber auch Zweifel aufkommen:

- Wer fungierte als Trainer im Aufmerksamkeitstraining?
- Wie wurden sie eingearbeitet?
- Waren sie in der Lage das Training mit bis zu neun Kindern in einer Gruppe auszuführen?
- Wurden sie supervidiert und was geschah, wenn es zu Schwierigkeiten in der Trainingsdurchführung kam?

## Erfolgskriterien

Die Ergebnisse der Intervention werden multivariat anhand von sechs Kategorien erfasst: Fremdbeurteilungsbogen zu hyperkinetischen Störungen; Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4–18), Lehrerfragebogen (TRF), Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung – Subtest geteilte Aufmerksamkeit, Go/No Go, Inkompatibilität, visuelles Scanning, d2, Mottier Test. Ausweislich der in der Publikation abgedruckten Tabellen (Tab. 2, 3 und 4) sowie den zusätzlichen Auswertungen in der Dissertation (Dreisörner, 2004) erhöht sich die Zahl der abhängigen Variablen angesichts zahlreicher Subvariablen, die aus den einzelnen Verfahren extrahiert wurden, auf mehr als 30.

Diese Erfolgskriterien beruhen einerseits auf Leistungsmaßen, die für ADHD-Kinder durchaus von Belang sein können, sowie auf den Einschätzungen der Störungsproblematik durch relevante Bezugspersonen. Allerdings wird nicht klar, welches Konzept dahinter steht. Was wird als Erfolg gesehen? Und welches Behandlungsziel soll erreicht werden? Es ist doch davon auszugehen, dass die Kinder aus ernstlichen Gründen und in der Hoffnung auf eine Verbesserung ihres Alltagsverhal-

tens in den Einrichtungen vorgestellt wurden. Ist eine Verbesserung im d2 dann ein ausgewiesener Indikator für einen Therapieerfolg? – Wohl kaum. Vielmehr werden Eltern und Lehrer es begrüßen, wenn sich die Unterrichtsbeteiligung oder die schulische Leistungsfähigkeit spürbar verbessern. Warum wird das nicht erfasst? Vielmehr wird der Erfolg beider Behandlungen mit eher willkürlich zusammengestellten Kriterien zu erfassen versucht. Der „Erfolg“ wird faktisch weiträumig umzingelt, damit man seiner irgendwie habhaft wird.

Fragwürdig ist aber nicht nur die außergewöhnlich große Zahl der abhängigen Variablen, sondern auch ihre inhaltliche Eignung, den Therapieerfolg unter den gegebenen Umsetzungsbedingungen erfassen zu können. Wenn die Tauglichkeit der Behandlungsmaßnahmen „unter suboptimalen Bedingungen“ (Dreisörner, 2006, S. 257) erprobt werden soll, müssten doch auch wenige, alltagsnahe und robuste Maße verwendet werden; das ist nicht der Fall. Vielmehr folgt die Studie dem Vorbild der differenziellen Therapieforschung und misst das Behandlungsergebnis hoch differenziert und ausschließlich beim Kind. Das ist, wie wenn man Ackerrüben mit dem Skalpell schälen möchte. Es wird eine Differenziertheit vorgegeben, die nicht eingehalten werden kann und die an der Sache vorbeigeht. Man muss auch fragen, ob die abhängigen Variablen unter den gegebenen suboptimalen Bedingungen mit ausreichender Qualität erfasst werden konnten. Dies scheint wirklich nicht der Fall zu sein, was sich beispielsweise darin zeigt, dass die Fremdbeurteilungen nur in unzureichender Weise an den Autor zurückgesandt wurden. Beispielsweise liegen der Auswertung teilweise nur noch sieben Lehrerrückmeldungen in einer Behandlungsgruppe zugrunde (Dreisörner, 2004, S. 209).

## Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisdarstellung ist nur schwer nachvollziehbar. Vor allem fehlen die statistischen Kennwerte zu den Fremdbeurteilungen. Der Zeitschriftenartikel (Dreisörner, 2006) gibt Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärken sowie Prüfgrößen nur für die Funktionsmaße wieder. Die Fremdbeurteilungen werden hingegen nur summarisch aufgeführt.

Es wurden zahlreiche Signifikanztests durchgeführt, ohne dass eine entsprechende Bonferroni-Anpassung vorgenommen wurde. Und auch die Konfundierung der Intervention (insbesondere im THOP) durch eine unkontrollierte medikamentöse Behandlung wird statistisch nicht kalkuliert. Dreisörner (2006) führt hierzu nur aus, dass die medikamentös behandelten Kinder größere Verhaltensänderungen im externalisierenden, hyperaktiven und impulsiven Verhalten zeigten (Dreisörner, 2006, S. 265). Was wurde dann aber in der Studie miteinander



verglichen? Und warum hat in einer der Studienbedingungen fast die Hälfte der Kinder eine medikamentöse Behandlung erhalten? Liegt es an der Rekrutierung, der Institution oder den Kindern selbst?

## Was ist von der Studie zu halten?

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, auf welch wackligen Füßen die Studie steht. Es gibt grundlegende Unzulänglichkeiten, schwerwiegende Konfundierungen und enorme Ungereimtheiten in der Durchführung der Behandlungsmaßnahmen. Unter diesen Umständen ist es im Allgemeinen ratsam, sich bei Ergebnisinterpretation nicht aus dem Fenster zu lehnen. Zurückhaltung und Selbstbescheidung erscheinen als naheliegende Tugend. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr überinterpretiert der Autor die Studie in ihrer Tragfähigkeit und bleibt in der Schlussfolgerung hinter den eigenen kritischen Erkenntnissen zurück. Wo zuvor die methodischen Mängel vielfach erklärt, entschuldigt und als Merkmal des „Praxistests“ gerechtfertigt wurden, werden die Ergebnisse plötzlich als aussagekräftige Belege gewertet. Das ist nicht zulässig und kein guter Stil.

Man kann die Studie nicht als Ergebnis werten. Sie liefert angesichts der methodischen und konzeptionellen Mängel keine verwertbaren Daten.

Dennoch hat die Studie und die Diskussion, die darum geführt wird, einen konstruktiven Kern, der im Wesentlichen darin besteht, dass Effectiveness-Studien wichtig sind (vgl. auch Merod & Petermann, 2006; Schmidt & Sinzig, 2006). Je größere Verbreitung psycho- und verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen finden, desto mehr stellt sich die Frage nach ihrer Tauglichkeit im Feld. Leider gibt es nur wenige Studien dazu. Die Gründe dafür sind leicht nachzuvollziehen, denn diese Studien erfordern einen erheblichen Aufwand, sie sind methodisch nur schwer zu kontrollieren und nicht zuletzt bringen sie weniger Prestige mit sich als beispielsweise ein Programm zu entwickeln und es unter Idealbedingungen zu evaluieren. Hier hat die vorliegende Studie von Dreisörner (2006) ihre Verdienste.

Von diesem Punkt ausgehend sollte aber eine breite Diskussion darüber erfolgen, wie diese Studien geplant, durchgeführt und evaluiert werden. Es ist deutlich geworden, dass das Vorbild der differenziellen Therapieforschung dafür nicht taugt. Viel eher werden die Realisierbarkeit der Behandlung, die Besserungsrate, die Drop-out-Quote sowie die Kostengünstigkeit der Behandlung zum Kriterium. Es geht dabei nicht darum herauszufinden, „wie“ eine Maßnahme wirkt, sondern welchen Beitrag sie zur Wiederherstellung von Gesundheit leisten kann und welchen Stellenwert sie in der Gesundheitsversorgung haben soll. Konkret auf hyperkinetische Kinder

bezogen stellen sich folgende Fragen: Soll es in den Kliniken und ihren Ambulanzen eine ernstzunehmende Behandlungsalternative zur Medikation geben? Worin soll sie bestehen? Welche Ziele werden in der Behandlung verfolgt? Sind auch Entwicklungsziele darunter oder geht es ausschließlich um Symptomreduktion? Wie aufwendig darf die Behandlung sein? Wie viel Geld darf sie kosten? Und welche Berufsgruppe führt diese Maßnahmen aus? Wie kann sie organisiert werden? – Eine solche Diskussion ist aber nicht nur praxeologisch zu führen, sondern konzeptionell und wissenschaftlich. So mag der Fehler denn auch etwas Gutes haben: Die Studie kann ein Anstoß sein für eine geeignete Praxisforschung im Sinne von Alltagstauglichkeit.

## Literatur

- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.
- Chambless, D. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., Serrano, A., Yates, A., Burnes, J. A. & Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165–190.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005). Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität. In P. F. Schlottke, R. K. Silberstein, S. Schneider & G. W. Lauth (Hrsg.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten* (S. 609–647). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (1998). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dreisörner, T. (2004). *Zur Wirksamkeit von Trainings bei Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen*. Göttingen: Unveröff. Dissertation an der Universität Göttingen, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät.
- Dreisörner, T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 15, 255–266.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 131–136.
- Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M. & Simpson, G. M. (2005). The need for effectiveness trials to inform evidence-based psychiatric practice. *Psychiatric Services*, 56, 649–651.
- Lauth, G. W. & Schlottke, P. F. (1993; 2002). *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern* (1. und 5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Merod, R. & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164–169.
- MTA Cooperative Group (2004). National institute of mental health multimodal treatment study of ADHD follow-up: 24 month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754–761.
- Pelham, W. E., Schnedler, R. W., Bender, M. E., Miller, J., Nilsson, D., Budrow, M., Ronnei, M., Paluchowski, C. & Marks, D. (1988). The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity: A therapy outcome study. In L. Bloomingdale & R. Klorman (Eds.), *Attention deficit disorders* (Vol. III; pp. 29–48). London: Pergamon.
- Purdie, N., Hattie, J. & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of Educational Research*, 72, 61–99.
- Schmidt, M. & Sinzig, J. (2006). Übereinstimmung von Diagnosen und Symptomen in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 155–163.
- Task Force on Psychological Interventions Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- 
- Prof. Dr. Gerhard W. Lauth
- 
- Humanwissenschaftliche Fakultät  
der Universität zu Köln  
Psychologie und Psychotherapie  
Klosterstraße 79 b  
50931 Köln
- 
- Prof. Dr. Peter F. Schlottke
- 
- Medizinische Fakultät  
Institut für Medizinische Psychologie  
der Universität Tübingen  
Gartenstraße 29  
72074 Tübingen